

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem

**PRÁTICAS DE LIDERANÇA EM ENFERMAGEM
NA REGIÃO DOS AÇORES:
SELF DOS ENFERMEIROS GESTORES**

Nursing Leadership Practices
in the Region of the Azores:
Self of the Managers Nurses

Dissertação orientada pela Professora Doutora
Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins

Marlene Rutília Serpa Morais Ribeiro

Porto | 2019

“Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda a possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes”.

Paulo Freire

AGRADECIMENTOS

No decorrer desta etapa foram várias as pessoas que contribuíram para a execução deste projeto de vida, uns mais interventivos, outros mais influenciadores, outros de estímulo nos momentos de maior desânimo, mas todos eles imprescindíveis.

À minha orientadora, Professora Doutora Maria Manuela Martins, que me conduziu nesta caminhada, acreditou em mim e neste trabalho, pela disponibilidade, incentivo, sabedoria, rigor e por todo o processo formativo que me proporcionou.

À minha Filha, Beatriz, pela alegria e fonte de inspiração, força e motivação para esta caminhada.

Ao meu Marido pelo apoio demonstrado e por compreender os meus períodos de ausência.

Aos meus Pais e Irmã, que sempre acreditaram em mim e estiveram permanentemente presentes, amparando-me neste desafio.

À Escola Superior de Enfermagem do Porto, pela excelente oportunidade de formação.

A todos os professores e colaboradores da ESEP que tive o prazer de conhecer durante esta caminhada.

Às Administrações das Instituições de Saúde da Região Autónoma dos Açores, onde este estudo foi realizado, pela autorização concedida na recolha de dados para a realização desta investigação.

Aos Enfermeiros que aceitaram participar no estudo, pela sua colaboração e disponibilidade em partilharem as suas experiências, sem eles o trabalho não teria sido exequível.

Aos meus queridos colegas e amigos de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem que sempre me acompanharam, em todos os momentos, pela amizade, dedicação e motivação transmitida.

Por último, mas não menos importante, “AO” que se cruzou no meu caminho de forma marcante e que esteve presente desde o primeiro momento com a sua amizade, compreensão, carinho, estímulo, partilha de conhecimento e apoio absoluto na conduta deste trabalho.

A todos reitero o mais sincero agradecimento.

Muito Obrigada

SIGLAS

% - Percentagem

APEGEL - Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança

BSC - *Balanced Score-Card*

CIE - Conselho Internacional de Enfermagem

DGS - Direção Geral da Saúde

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

GQ - Gestão da Qualidade

ICN - *International Council of Nursing*

IPQ - Instituto Português da Qualidade

IQS - Instituto da Qualidade em Saúde

NGP - Nova Gestão Pública

OE - Ordem dos Enfermeiros

PNS - Plano Nacional de Saúde

REPE- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RAA - Região Autónoma dos Açores

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SRS - Secretaria Regional da Saúde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	29
CAPÍTULO I. SUSTENTAÇÃO PARA A PRÁTICA DA GESTÃO EM ENFERMAGEM	33
1. MODELOS DE INTERVENÇÃO NA GESTÃO	33
1.1 Liderança em enfermagem	40
2. COMPETÊNCIAS DOS GESTORES EM ENFERMAGEM.....	51
2.1. A atividade do gestor com centralidade na qualidade	62
2.2. Qualidade em saúde	64
2.3. Qualidade nas organizações	66
2.4. Qualidade nos serviços.....	70
2.5. Qualidade nos cuidados de enfermagem	73
CAPÍTULO II. PREPARAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO	77
3. DESENHO DO ESTUDO	77
3.1 Questões de investigação	79
3.2 Variáveis em estudo.....	81
3.3 Instrumento de colheita de dados	84
3.4 Procedimentos	86
3.4.1 Procedimento de colheita de dados.....	87
3.4.2 Procedimentos éticos	88
3.5 População em estudo	89
CAPÍTULO III. A EVIDÊNCIA DA OPINIÃO DOS ENFERMEIROS GESTORES SOBRE O SEU PERFIL DE LIDERANÇA NO PROCESSO DE GESTÃO	91
4. ENFERMEIROS GESTORES E O SEU PERFIL DE LIDERANÇA	91

4.1 Características sociodemográficas.....	92
4.2 Um olhar sobre as atividades dos enfermeiros gestores	97
5. DO PULSAR DOS GESTORES DA RAA À EVIDÊNCIA DA GESTÃO	111
6. MERGULHANDO NOS ACHADOS E EMERGINDO NO CONHECIMENTO ..	123
CONCLUSÃO.....	141
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	145
ANEXOS	157
ANEXO I - PERFIL DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO GESTOR.....	159
ANEXO II - QUESTIONÁRIO UTILIZADO	165
ANEXO III - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DE UMA DAS INSTITUIÇÕES	169

ÍNDICE DE TABELAS, FIGURAS E GRÁFICOS

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Resultado da revisão integrativa sobre as competências do enfermeiro gestor .	59
Tabela 2. Contributos para a evolução histórica da qualidade	67
Tabela 3. Família de Normas ISO 9000	68
Tabela 4. Distribuição da amostra pelo tipo de instituição de saúde	92
Tabela 5. Distribuição dos participantes pelo género.....	92
Tabela 6. Distribuição dos participantes pela idade	93
Tabela 7. Distribuição dos participantes pelo grau académico	93
Tabela 8. Distribuição dos participantes pela área de especialidade.....	93
Tabela 9. Distribuição dos participantes pela área de pós-graduação.....	94
Tabela 10. Distribuição dos participantes pelo tempo de exercício profissional de enfermagem	95
Tabela 11. Distribuição dos participantes pelo tempo de exercício profissional em gestão	95
Tabela 12. Distribuição dos participantes pelo tempo de exercício profissional no atual serviço.....	96
Tabela 13. Distribuição dos participantes pela natureza da instituição	96
Tabela 14. Distribuição dos participantes pela natureza da exploração	96
Tabela 15. Distribuição dos participantes pela área de atuação	97

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Conceito e perspectivas - Balanced score-card	36
Figura 2. Distribuição do grau de necessidades de competências do gestor	54
Figura 3. Caraterísticas de Gestão	54
Figura 4 . Competências do Domínio da Gestão.....	56
Figura 5. Referencial de competências para enfermeiros da área da gestão	57
Figura 6. Competências do Enfermeiro Gestor	61
Figura 7. Itens da missão do Chefe.....	64
Figura 8. Modelo de sistema de gestão da qualidade baseado em processos	69
Figura 9. Tipos de políticas de serviços	71
Figura 10. Melhoria Continua da Qualidade.....	71
Figura 11. Enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem	75
Figura 12. Desenho do estudo	78

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Variáveis institucionais.....	82
Quadro 2. Variáveis sociodemográficas e profissionais.....	82
Quadro 3. Variáveis das atividades do enfermeiro gestor	83
Quadro 4. Distribuição das opiniões dos enfermeiros e a Prática Profissional, Ética e Legal	97
Quadro 5. Distribuição das opiniões dos enfermeiros e a Gestão de Cuidados.....	99
Quadro 6. Distribuição das opiniões dos enfermeiros e a Gestão dos Recursos Humanos .	102
Quadro 7. Distribuição das opiniões dos enfermeiros e a Intervenção Política e Assessoria	105
Quadro 8. Distribuição das opiniões dos enfermeiros e o Desenvolvimento Profissional ..	106
Quadro 9. Género e a perceção da qualidade dos cuidados de enfermagem	111
Quadro 10. Idade e o desenvolvimento de atividades de gestão.....	112
Quadro 11. Grau Académico e o desenvolvimento de atividades de gestão.....	112
Quadro 12. Área de atuação e desenvolvimento de atividades de gestão	114
Quadro 13. Área de especialidade e desenvolvimento de atividades de gestão	116
Quadro 14. Pós-Graduação e Desenvolvimento de Atividades na Área da Gestão	117

Quadro 15. A Natureza da Instituição está associada à percepção do desenvolvimento das atividades da gestão	118
Quadro 16. Natureza da Exploração e desenvolvimento das atividades de gestão	120
Quadro 17. Área de Atuação e desenvolvimento de atividades de gestão	120

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição sobre a Prática Profissional Ética e Legal	98
Gráfico 2. Distribuição sobre a Gestão de Cuidados.....	101
Gráfico 3. Distribuição sobre a Gestão de Recursos Humanos	104
Gráfico 4. Distribuição sobre Intervenção Política e Assessoria	106
Gráfico 5. Distribuição sobre Desenvolvimento Profissional	107
Gráfico 6. Distribuição da escala de atividades dos enfermeiros gestores	108
Gráfico 7. Grau Académico e desenvolvimento de atividades na área da gestão total....	112
Gráfico 8. Grau Académico e Gestão de Recursos	113
Gráfico 9. Grau Académico e Desenvolvimento Profissional	113
Gráfico 10. Detentor de Especialidade e Prática Profissional Ética e Legal.....	114
Gráfico 11. Detentor de Especialidade e Gestão dos Cuidados	115
Gráfico 12. Detentor de Especialidade e Gestão de Recursos	115
Gráfico 13. Detentor de Especialidade e Desenvolvimento Profissional	115
Gráfico 14. Área de Especialidade e Gestão de Cuidados	116
Gráfico 15. Área de Especialidade e Desenvolvimento Profissional	116
Gráfico 16. Natureza da Instituição e Prática Profissional, Ética e Legal	118
Gráfico 17. Natureza da Instituição e Gestão de Cuidados	118
Gráfico 18. Natureza da Instituição e Gestão de Recursos	119
Gráfico 19. Natureza da Instituição e Desenvolvimento Profissional.....	119
Gráfico 20. Área de Atuação e Intervenção Política e Assessoria	120

RESUMO

O exercício da gestão e da liderança é sempre um desafio, muito mais quando estamos perante um contexto de crise económica como o que atualmente atravessamos. Na área da saúde esse desafio acentua-se ainda mais, dada a sua vulnerabilidade a que acresce a crescente demanda por serviços de saúde de qualidade e proximidade, o que exige uma reformulação das metodologias de gestão das próprias organizações. Atualmente, o modelo de gestão vai incorporando algumas modificações, havendo uma tendência para valorizar a contribuição dos enfermeiros gestores e líderes na criação, manutenção e desenvolvimento de políticas de saúde que proporcionem um funcionamento adequado do sistema.

Cada uma das nove ilhas do Arquipélago dos Açores distingue-se pelas suas singularidades e idiossincrasias, facto que determina que as organizações de saúde existentes pelo arquipélago sejam também elas singulares, o que faz com que a investigação em enfermagem no âmbito da temática: **“Práticas de Liderança em Enfermagem na Região dos Açores: Self dos Enfermeiros Gestores”**, assuma uma relevância indiscutível. O estudo teve como objetivo compreender a atividade e as necessidades formativas na área de gestão dos Enfermeiros Gestores e Líderes dos Açores.

A investigação realizada assentou sobre uma análise quantitativa, exploratória e descritiva dos dados recolhidos. O público-alvo foram os enfermeiros que exercem cargos de gestão nos serviços ou unidades das organizações de saúde públicas e privadas dos Açores. A colheita dos dados teve por base a aplicação de um questionário de autopreenchimento no estrito respeito pelos aspetos éticos a que uma pesquisa desta natureza obriga. O instrumento foi constituído por questões de caracterização sociodemográfica e profissional e por uma escala sobre as competências acrescidas avançadas do enfermeiro gestor.

Os resultados obtidos denotam que existe uma grande necessidade de formação na área da gestão, bem patente nas opiniões manifestas nos domínios da: Prática Profissional Ética e Legal, Gestão de Cuidados, Gestão de Recursos Humanos, Intervenção Política e Assessoria e Desenvolvimento Profissional. Foram relacionadas as diferentes dimensões dos domínios com as variáveis sociodemográficas e profissionais da pesquisa, tendo-se verificado uma relação significativa em algumas dimensões das variáveis em estudo.

Em síntese, os enfermeiros gestores deverão ser profissionais habilitados técnica e cientificamente para darem resposta com rigor, eficiência e eficácia aos desafios das organizações. A área da gestão em enfermagem é uma área de intervenção com uma importância estratégica e primordial para a garantia da qualidade dos cuidados a prestar por qualquer organização de saúde. A finalidade deste estudo foi contribuir para uma gestão efetiva do desenvolvimento da qualidade dos serviços de saúde da RAA, sustentado nas competências acrescidas avançadas do enfermeiro gestor e líder.

Palavras-Chaves: Competências; Desenvolvimento Profissional; Enfermeiro Gestor; Liderança; Qualidade em Saúde.

ABSTRACT

Management and leadership is always a challenge that increases in times of economic crisis such as the ones we are going through currently. In the field of the healthcare system the challenge is even greater due to the growing demand for services of quality and proximity, variables which usually require a reformulation of management methodologies within the organizations. At present, the management model is gradually embodying some modifications, and tends to value the contribution of manager and leader nurses inside the organizations, as well as the maintenance and the development of health policies that support a proper operation of the entire system.

The nine islands of the Azores Archipelago are distinct due to their singularities and idiosyncrasies, which determine that the healthcare organizations of the Archipelago must also be singular. Therefore, the investigation in the field of the nursing activity under the topic **“Nursing Leadership Practices in the Region of the Azores: Self of the Managers Nurses”**, assumes an undeniable relevance. The investigation had as its main purpose to understand the activity and to evaluate the need for training felt by manager and leader nurses of the Archipelago.

The study was based on a quantitative, exploratory and descriptive analysis of the collected data. The target audience were the nurses that somehow take the role of managers in the public and private health organizations of the Azores Archipelago. The collection of data was obtained by answering a auto fill survey, in strict respect for every ethical question that might occur in such a sensitive area. The questionnaire was composed of questions about sociodemographic and professional characterization and by a scale about advanced skills and competences of the manager nurse.

The results show that there is an enormous need for training and formative courses in the area of management, perfectly detected under the domains of Ethical and Legal Professional Practice, Management of Care, HR Management, Political Intervention and Accessory and Professional Development. The different dimensions of the domains were compared to the sociodemographic and professional variables of the research, which allowed us to conclude that there is a significant correlation between some dimensions of the variables that were studied.

The manager nurses should be technically and scientifically trained professionals in order to answer to the constant challenges posed to and by the organizations with accuracy, effectiveness and efficiency. The field of management in nursing is crucial and strategic when it comes to ensure the quality of the care that is provided by the health organizations. This study had the purpose of contributing for an effective management as well as to improve the quality of the health services of the Azores Archipelago, supported by the advanced responsibilities that are taken on by the manager nurse.

Key words: Competences; Skills; Professional Development; Manager Nurse; Leadership; Health Quality.

INTRODUÇÃO

Na conduta da precursora da Enfermagem Moderna, *Florence Nightingale*, emerge a investigação em enfermagem, onde era privilegiada as áreas da promoção para a saúde, a prevenção da doença e o cuidado dos doentes. Eis que advém a mentora da colheita sistemática de dados necessários para a melhoria dos cuidados, esta preconizava a anotação de todos os dados observados, insistindo na ideia de que era necessário “aprender como observar o que observar”.

O paradigma atual do trabalho do enfermeiro gestor é consolidado e exige o conhecimento, as habilidades e as atitudes que possibilitarão o exercício do seu trabalho objetivando resultados com eficácia e eficiência. O investimento nos enfermeiros a exercerem cargos de gestão é engrandecido, e verifica-se que ocorre uma forte tendência em abdicar do anterior foco científico da administração, para um foco mais sofisticado das relações humanas. As competências do Enfermeiro Gestor tornam-se um grande desafio, competências estas que são necessárias para as organizações de saúde, e têm de conviver com os efeitos das mudanças nestas organizações, com a avaliação da eficácia e eficiência e com a procura de indicadores de qualidade e excelência.

O papel do enfermeiro gestor reveste-se de grande complexidade, visto que subsiste uma exigência ascendente, direcionada aos profissionais para que exerçam competências cognitivas, técnicas e atitudinais na implementação de estratégias adequadas às atuais tendências de gestão. As competências têm em conta o desenvolvimento de saberes críticos para o sucesso da organização: o saber ser, conviver e agir, que resulta em atitudes desejadas, contribuindo para a formação de lideranças e para o fortalecimento da imagem organizacional. Foram desenvolvidas várias ferramentas e metodologias para a avaliação das competências dos enfermeiros, pois o processo de avaliação e certificação de competências é um grande desafio para a enfermagem, de forma a garantir a segurança do cliente e qualidade dos cuidados prestados.

O conhecimento é alcançado de diversas formas ao longo da história, tais como a intuição, as tradições, a experiência pessoal, a tentativa e erro, o raciocínio lógico e a investigação. A investigação científica é a formato mais rigoroso e válido de todos os métodos de aquisição de conhecimento, dado que assenta num processo racional. Este por sua vez é dotado de um poder descritivo e explicativo dos factos, dos acontecimentos e dos fenómenos. É através da investigação que se permite a criação de novo conhecimento pelo aperfeiçoamento ou pela verificação da teoria. É o meio de demonstrar o campo de ação e

de conhecimento de uma profissão, isto é, cada profissão deve fornecer aos seus membros uma base de conhecimentos teóricos sobre a qual se apoia a prática, além disso deve ter o intuito de fornecer às pessoas serviços de qualidade.

No campo da enfermagem, a investigação alia-se a um campo de conhecimentos bem definido, sendo importante compreender as diferentes ligações da investigação com a teoria, a prática e outros elementos do conhecimento. Partindo deste pressuposto, aspiramos reforçar as bases científicas e contribuir para o desenvolvimento contínuo do conhecimento sobre as competências acrescidas avançadas do enfermeiro gestor e líder da Região Autónoma dos Açores (RAA).

Metodologicamente, optou-se por enveredar pela pesquisa quantitativa, pois é aquela que nos permite conhecer e compreender o processo mediante o qual os enfermeiros gestores utilizam as suas competências acrescidas avançadas em gestão e liderança, nos serviços de saúde da RAA. Pretendemos que o estudo seja descritivo, exploratório, sendo que o nosso universo foi constituído pelos enfermeiros chefes ou a exercer funções de chefia e gestores (gestão de topo, intermédia e operacional) dos serviços de saúde da RAA, público e privados.

O tema competências do enfermeiro gestor e líder é extremamente pertinente; basta pensar no cenário de dubiedades que afeta a sociedade contemporânea e consequentemente as organizações hospitalares e os serviços de enfermagem no que diz respeito à sua administração, pois estas instituições, à semelhança de outras, enfrentam instabilidades políticas, sociais, económicas, como também tecnológicas, colocando as organizações hospitalares em risco, especialmente no nosso país e particularmente na RAA.

Estamos convencidas da importância de conceber um estudo de investigação, não só para o desenvolvimento dos conhecimentos sobre a temática das práticas de competências em liderança dos enfermeiros gestores e líderes da RAA, mas também sobre as bases que estes novos conhecimentos trarão para a enfermagem. Este estudo alista-se à nossa conveniência, pelo facto de ser uma temática determinada como atual e transversal aos nossos contextos de trabalho. Tem como objetivos, contribuir para a aprendizagem em processos de pesquisa e sintetizar o percurso desenvolvido, irá ser exposta a parte de revisão da literatura, a metodologia e a parte empírica, concluindo-se posteriormente, com os resultados que emergirão da análise de dados. A finalidade deste estudo foi contribuir para uma gestão efetiva do desenvolvimento da qualidade dos serviços de saúde da RAA, sustentado nas competências acrescidas avançadas do enfermeiro gestor e líder.

Esta explanação será organizada em três etapas fundamentais, uma primeira etapa onde se expõe parte da evidência sobre o conhecimento da liderança em enfermagem, que será focalizada no enquadramento teórico para perceção da área temática face ao princípio do próprio estudo, sendo abordadas a gestão e a qualidade em enfermagem. A segunda etapa

patenteia o desenho do estudo - enquadramento metodológico, onde será apresentada a metodologia utilizada, com a justificação das opções tomadas, questões de investigação, variáveis em estudo, método e instrumento de colheita de dados, procedimentos e amostra. Na terceira e última etapa, é efetuada a evidência da opinião dos enfermeiros gestores sobre o seu perfil de liderança na RAA. É realizada a descrição relativa aos enfermeiros gestores e ao seu perfil de liderança; suas características sociodemográficas; seguindo-se um olhar sobre a prática profissional, ética e legal do enfermeiro gestor; prossegue-se com a perspetiva do enfermeiro gestor e a gestão dos cuidados; aliando-se a perspetiva da gestão dos recursos humanos pelo enfermeiro gestor; culminando na Intervenção política e assessoria pelo enfermeiro gestor e na sua atividade de gestor e o desenvolvimento profissional.

CAPÍTULO I. SUSTENTAÇÃO PARA A PRÁTICA DA GESTÃO EM ENFERMAGEM

Este primeiro capítulo do enquadramento concetual assenta na abordagem da sustentação para a prática da gestão em enfermagem e a sua importância numa época em que os enfermeiros com funções de gestão orientam-se por uma dupla perspetiva teórica, a da enfermagem e a da gestão.

Ao longo deste capítulo, serão explanados os conceitos que sustentam este estudo, relativamente à liderança e às competências do enfermeiro gestor, tomando como alicerce o oriundo da produção científica existente, sobre a opinião dos pensadores e investigadores nesta temática, aliado ao preconizado pelas políticas de saúde e pelas preocupações e diretivas governamentais.

Acredita-se que este preambulo enriqueça o entendimento sobre o estado da política das competências do enfermeiro gestor, quanto ao seu perfil de líder nas equipas de enfermagem que lidera, conjugando também o conhecimento produzido nas atividades do enfermeiro gestor e os seus modelos de intervenção na gestão.

O prosseguimento desta sinopse, em paralelo a estes conceitos, figura pela sua relação de sentido e relevância, para a compreensão do estado da arte sobre as competências acrescidas avançadas dos enfermeiros gestores e líderes, assim como a envolvimento direta da atividade do enfermeiro gestor com centralidade na qualidade, correlacionando a qualidade nas organizações de saúde, a qualidade na saúde, a qualidade dos serviços e a qualidade nos cuidados de enfermagem.

1. MODELOS DE INTERVENÇÃO NA GESTÃO

As realidades do crescimento competitivo, da instabilidade dos mercados, do ritmo veloz de desenvolvimento tecnológico e das transformações constantes das sociedades, demandam às organizações de saúde o desenvolvimento de competências e de capacidades que aumentem a sua flexibilidade e capacidade de permanente atualização. *“O desafio de*

falar sobre gestão na atualidade passa necessariamente por a enquadrar no contexto económico do nosso século” (Carvalho et al., 2015, p. 24).

Ferreira e Cruz (2012) retrospectivamente, fazem lembrar que, até ao ano 2002, os hospitais assumiam o estatuto de instituto público. O modelo clássico de gestão hospitalar na forma de instituto público parece manifestar-se incapaz de unificar os objetivos a que se propõe quanto à eficiência na gestão, à eficácia administrativa e até mesmo ao nível da qualidade na prestação. Este modelo gera algum descontentamento, e em 2002, a Lei nº 27/02, de 8 de novembro, aprovou o novo regime jurídico de gestão hospitalar, procedeu à primeira alteração à Lei de Bases da Saúde. A nova lei de gestão hospitalar refere-se à empresarialização dos hospitais, uma velha aspiração do sistema (Portugal, 2004).

É na sequência da nova lei de gestão hospitalar, que tem começo o movimento mais vasto de implementação de novos modelos de gestão das unidades prestadoras de cuidados de saúde, ao nível hospitalar (Ferreira & Cruz, 2012). Em 2002, assiste-se à transformação de alguns hospitais em sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos (Hospitais SA), sendo posteriormente, em 2005, transformados em entidades públicas empresariais (Hospitais EPE).

Corroboramos a opinião que nas organizações, o impacto desta reestruturação materializa-se por intermédio de processos de racionalização organizacional e técnicas que incorporam ao ambiente empresarial novas tecnologias e novos modelos de gestão. Configura-se como desafio às organizações desenvolver e utilizar instrumentos de gestão que lhes garantam um certo nível de competitividade atual e futuro (Brandão et al., 2008).

Ferreira e Cruz (2012) referem que a empresarialização dos hospitais consiste na criação de um modelo organizativo, económico-financeiro e cultural centrado no cliente e assente na eficiência da gestão. O modelo empresarial é um modelo de gestão por objetivos, em que os hospitais passam de uma cultura de orçamento anual baseado em custos históricos para uma cultura de *performance* baseada na otimização da gestão.

Os hospitais entidades públicas empresariais constituem, empresas públicas, geridas em nome do interesse público, em que o seu financiamento, sendo público, passa a ser realizado em função dos resultados obtidos. Os hospitais do sector público administrativo, apesar de serem dotados de alguma independência funcional, têm a sua autonomia condicionada face à sua forte dependência do Ministério da Saúde (através da Administração Regional de Saúde) particularmente em termos de financiamento, gestão e recrutamento de recursos humanos (Ferreira & Cruz, 2012).

Noutra perspetiva, Ferreira e Cruz (2012), partem da premissa que cada organização tem e é uma cultura, apesar da cultura organizacional constituir uma das variáveis mais subjetivas da organização, os esforços para a sua medição são justificáveis. Por um lado, face à suscetibilidade em ser relacionada com outras variáveis, tais como a *performance*,

a satisfação ou a eficácia e por outro, perante o carecimento de mudança e simultaneamente subsistência da estabilidade, face a um ambiente de constante inquietação, particular das atuais organizações de saúde.

Neste contexto, nas organizações de saúde a sua gestão possui ainda como característica a colaboração de profissionais que emergem de áreas profissionais exteriores a esta área disciplinar. Mais frequentemente, deparamos os profissionais de medicina e de enfermagem que incontestavelmente estão envolvidos em atividades de gestão, papéis que acumulam com os seus tradicionais papéis profissionais (Potra, 2015).

Todavia, o modelo de gestão em que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) estava integrado originou obstáculos que se entendeu poderem comprometer a qualidade dos cuidados prestados, tais como: recursos humanos insuficientes; desmotivação e falta de incentivos; dificuldade no acesso aos cuidados de saúde devido à burocratização do processo das listas de espera; falta de qualidade no atendimento do cliente do SNS; aumento das despesas em saúde; reduzida eficiência dos recursos; falta de controlo no tempo do serviço prestado e pago; e, ainda, gestão inadequada dos hospitais (Araújo, 2005; Ferreira & Silva, 2012).

Hoje, o significado de palavras como globalização, conhecimento, competências, liderança, competitividade, tem permeado a agenda dos gestores nas organizações. *“Neste contexto, novas tendências para a gestão tomam conta do mercado, livros de autoajuda ensinam o autodesenvolvimento e os profissionais vêem-se com a imperiosa necessidade aprender mais e mais para responder a essas novas demandas”* (Cunha & Neto, 2006, p. 480).

Ferreira e Silva (2012) elencam que no intuito de tornar a Administração Pública mais eficiente emergiu um novo modelo de gestão que se refletiu nos serviços de saúde e, consequentemente, nos enfermeiros, nomeadamente ao nível da carreira, do vínculo com a instituição, entre outros, criando-se novos desafios para a profissão.

Emerge com a Nova Gestão Pública (NGP), o novo modelo de gestão pública, que reflete mudanças expressivas na representação social do significado de saúde, deixando progressivamente de ser identificada como um bem coletivo para se institucionalizar e assimilar, em simultâneo, os valores e normas da gestão privada, em que o cliente é o centro das novas políticas de saúde (Ferreira & Silva, 2012).

Por outro lado, Brandão e colaboradores (2008) reiteram que nesta era da globalização, a busca por maximização de resultados, ferramentas de gestão do desempenho capazes de integrar estratégia, aprendizagem, competências e indicadores quantitativos e qualitativos são muito desejadas, mas dificilmente encontradas.

Nesta linha de pensamento, a NGP baseia-se na introdução de mecanismos de mercado, na adoção de ferramentas de gestão privada, na promoção de competição entre fornecedores

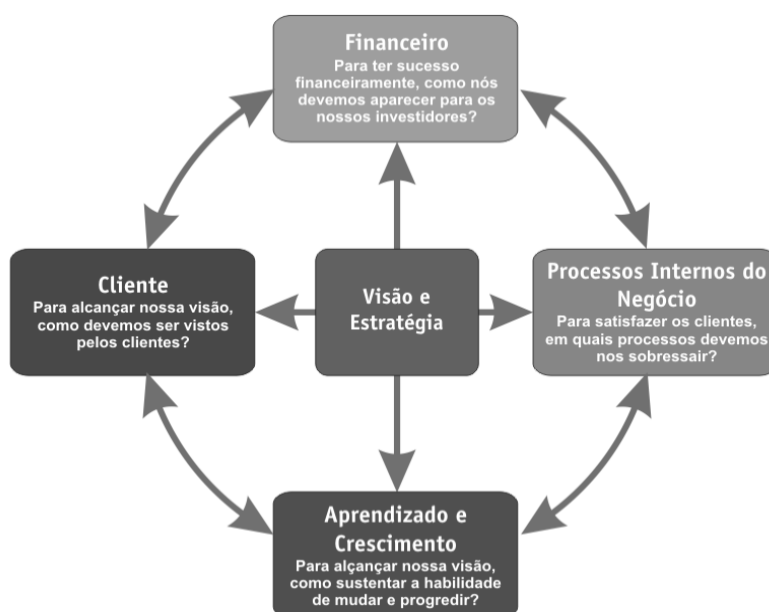
de bens e serviços públicos, na expectativa da melhoria do serviço para o cidadão, no aumento da eficiência e na flexibilização da gestão (Ferreira & Silva, 2012).

Nesta integração, a NGP vem promover a valorização das competências de gestão de cada instituição; implementar medidas de avaliação de desempenho, clarificar a missão e objetivos; promover a transparência custo/benefício, a responsabilidade e competitividade; introduzir instrumentos de gestão privada; enfatiza a qualidade dos serviços em prol da quantidade; promover ainda a fragmentação, a autonomização e a separação de tarefas (Araújo, 2005; Ferreira & Silva, 2012).

Novas ferramentas de gestão como o *Balanced Score-Card* (BSC), a gestão do conhecimento, da informação e das competências, a liderança *coach*, as unidades de negócios, vem sendo rapidamente introduzidos nas organizações de saúde, modificando o panorama desta administração antes relegada a modelos muitas vezes empíricos e pouco profissionalizados (Cunha & Neto, 2006). Corroboramos estas prestativas, pois vive-se a passagem de uma onda da gestão da qualidade a uma filosofia da qualidade da gestão: BSC, promovendo mudanças organizacionais de melhoria continua da qualidade. Esta ferramenta combina uma filosofia de trabalho com uma balanceada síntese de informações, para que os membros da gestão de topo tenham uma ampla visão do contexto.

Quando se utiliza o BSC, fica estabelecida uma relação de causa e efeito entre todos os indicadores essenciais para a organização: operacionais, financeiros e estratégicos (Cunha & Neto, 2006). (Figura1)

Figura 1. Conceito e perspetivas - *Balanced score-card*



Fonte: Adaptado Imagens Google https://pt.wikipedia.org/wiki/Balanced_scorecard 25/05/2019

Temos a consciência que a recente crise do nosso país a nível da saúde, culminou em intervenções particulares nos diferentes setores, ou seja, trouxe a público a existência de fortes deficiências na gestão hospitalar pública e privada. Carvalho e colaboradores (2005) acreditam que os problemas pertinentes colocados à administração dos hospitais são melhor visualizados e consequentemente mais rapidamente solucionados se estes possuírem uma melhor gestão estratégica. Assim, o sistema BSC vem sendo utilizado fortemente nas organizações de saúde em busca destes objetivos.

Neste contexto, os potenciais benefícios na gestão hospitalar do BSC prendem-se com propiciar o alinhamento da estratégia organizacional com os planos de ação e a gestão do desempenho. Desta forma, ele poderá unir visão, valor, princípios e operações quotidianas da organização hospitalar (Carvalho et al. 2005). Corroboramos a opinião dos investigadores, pois este sistema aproxima as atividades operacionais das administrativas, convergindo as ações num direcionamento único e permitindo, que as medidas promovidas a partir do BSC propiciem o crescimento financeiro e de qualidade operacional, que envolve satisfação do cliente e dos profissionais; promoção de planos de saúde mais adequados; por conseguinte, produzir o melhoramento dos processos de gestão internos.

“A ferramenta do BSC é mais do que uma mera combinação de indicadores financeiros e não financeiros, se diferenciando de outros sistemas de mensuração” (Carvalho et al. 2005, p. 5). Estes autores enfatizam explicitamente a necessidade de indicadores financeiros e não financeiros serem informados aos funcionários de todos os níveis hierárquicos, envolvendo o *staff* nas escolhas e nas ações, para que estes possam compreender os resultados que se pretendem bem como permitir um melhor alinhamento e definição de objetivos chave com vista à prossecução dos objetivos pretendidos (Carvalho, 2005).

Ferreira e Cruz (2012) reiteram que estes novos modelos de gestão, implementados ou em vias de implementação em algumas instituições, pressupõem flexibilidade organizativa e de gestão, desburocratização, trabalho em equipa, autonomia e responsabilização, e melhoria contínua da qualidade, aspetos que se distanciam do tradicional modelo burocrático.

Reforçamos a opinião dos diversos autores pois, na atual sociedade de conhecimento, as organizações de saúde para se tornarem competitivas, nas condições que a globalização impõe, têm que se reestruturar, no sentido de uma maior flexibilização e de uma menor hierarquização. Acreditamos que é patente a importância nos contextos da saúde da adoção de modelos de organização mais flexíveis, a introdução de novos modelos de gestão e/ou de práticas inovadoras de trabalho. Estes modelos devem ter implícito a assunção da importância do capital humano como ativo estratégico das organizações e pressupor uma evolução, através do desenvolvimento do fator humano e não apenas no seu controlo.

Nesta linha de pensamento, o surgimento de modelos de gestão baseados na noção de competência e, por conseguinte, sua incorporação ao ambiente organizacional, fez com que o termo competência adquira diferentes conotações (Brandão et al., 2008).

Abordar os modelos de intervenção na gestão implica falar de competências. Hoje, considerada como clássica a definição de competência é caracterizada como, *“modalidades estruturadas da ação, requeridas, exercidas e validadas num determinado contexto”* (Ceitil, 2016, p. 41).

Brandão e colaboradores (2008) entendem competências humanas ou profissionais como combinações sinérgicas de conhecimentos, habilidades e atitudes, expressas pelo desempenho profissional dentro de determinado contexto organizacional, que agregam valor a pessoas e organizações.

A gestão por competências figura como alternativa aos modelos de gestão tradicionalmente utilizados pelas organizações. Sugere a orientação de esforços para planejar, captar, desenvolver e avaliar, nos diferentes níveis da organização. *“(...) a gestão por competências constitui um processo contínuo, que tem como etapa inicial a formulação da estratégia organizacional”* (Brandão et al., 2008, p. 878). Acrescentam que os serviços de saúde, em especial os hospitais, que tradicionalmente procuram adequar-se aos novos modelos advindos da indústria, têm procurado incorporar essas novas tendências.

“O desenvolvimento das pessoas no contexto das organizações, neste milénio competitivo e em ambientes de constante mudança, está intimamente ligado ao desenvolvimento de competências” (Cunha & Neto, 2006, p. 481).

As competências humanas ou profissionais são percebidas como conformidades sinérgicas de conhecimentos, habilidades e atitudes, expressas pelo desempenho profissional em determinado contexto ou em determinada estratégia organizacional. *“A gestão por competências propõe-se a orientar esforços para planejar, captar, desenvolver e avaliar, nos diferentes níveis da organização - individual, grupal e organizacional -, as competências necessárias à consecução de seus objetivos”* (Brandão & Babry, 2005, p. 180).

Para Ceitil (2016, p. 127) *“As competências são hoje um vetor extremamente relevante e poderoso nos processos de gestão. Esta importância torna-se ainda mais visível, se falarmos concretamente na gestão de recursos humanos e na gestão de pessoas”*.

Já para Augusto (2013), a gestão por competências é um processo dinâmico e dependente do contexto organizacional em que se verifica. Consiste num processo contínuo, que tem como fase inicial a formulação da estratégia da organização (missão, visão, objetivos estratégicos), a definição dos indicadores de desempenho, e as metas que se pretendem alcançar.

Competência tem sido definida como um *“saber agir responsável e reconhecido que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos, habilidades, que agreguem valor económico à organização e valor social ao indivíduo”* (Cunha e Neto, 2006, p. 480). No que se refere a competências de gestão, estas elencam *“conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que os gerentes desenvolvem para assegurar a competência empresarial”* (Cunha & Neto, 2006).

Atualmente, com a nova reforma organizacional do SNS, mais especificamente nos modelos de gestão hospitalar e, particularmente, ao nível dos recursos humanos, os profissionais de saúde são cada vez mais avaliados não só em termos de conhecimentos individuais ao nível da prestação de cuidados específicos, mas também em termos de capacidade para intervir ativamente na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, com menos recursos (Ferreira & Silva, 2012).

No caso concreto da enfermagem, o conhecimento passou a ser o principal recurso económico. Contudo, também no contexto de reformas na saúde parece fundamental que se focalizem variáveis de eficiência microeconómica, de modo a gerar ao menor custo melhores cuidados (Ferreira & Cruz, 2012).

Das vantagens da gestão por competências elencam-se: promove a utilização de uma linguagem comum a toda a empresa; ajuda a focar os esforços dos colaboradores nos resultados da empresa; possibilita prognosticar comportamentos dos colaboradores (se um colaborador teve um determinado comportamento perante uma situação, é esperado que o mantenha em situações similares); faculta a comparação do perfil de competências exigido e o manifestado, possibilitando o seu desenvolvimento; e permite uma gestão de recursos humanos integrada e coerente (Ceitil, 2016).

Consolidamos os autores pois, perante este cenário, deparamo-nos com um novo modelo de gestão onde se identifica as preocupações, centrados em critérios de tomada de decisão orçamentais, racionais e quantitativos, que por vezes podem ser contrastantes com os valores dos profissionais de enfermagem, nomeadamente no que respeita a indicadores de trabalho qualitativos e relacionais assumidos no processo de cuidar (Ferreira & Silva, 2012).

Rocha e colaboradores (2016) reiteram que as múltiplas exigências, os ambientes em mudança e os avanços científicos e tecnológicos requerem um aumento substancial das responsabilidades dos enfermeiros chefes implicando continuamente a redefinição das suas funções e papéis, e um olhar atento sobre a evolução das suas competências que se tornam cada vez mais num grande desafio.

Findo este item, concluímos que importa assumir o desafio de definir as competências que devem pautar a ação dos enfermeiros gestores, bem como estabelecer-se mecanismos para seu aperfeiçoamento dentro e fora das instituições. Destaca-se ainda que entre as funções

do enfermeiro gestor/líder está a de garantir que a sua equipe tenha competência para executar as tarefas que lhe são destinadas. Compete ao enfermeiro gestor/líder na sua prática diária dar o contributo para que estas competências sejam desenvolvidas e direcionadas aos objetivos da organização de saúde.

No enquadramento do atual mundo de trabalho sustentado por diversas transformações ao longo dos anos e, que consequentemente, refletem os diferentes modelos de gestão utilizados pelas organizações, no âmbito hospitalar, a questão da liderança é bastante complexa, pois as relações de identificação entre colaboradores, gestores e a organização são produzidas em vários contextos, item que expomos seguidamente.

1.1 Liderança em enfermagem

O conceito de liderança de uma forma geral e abrangente, pode ser entendido como a capacidade de influenciar indivíduos de forma a levá-los a empenharem-se e envolverem-se voluntariamente em determinados objetivos e metas. Parreira (2010) reforça que outrora, as chefias eram vistas essencialmente como pessoas com bom domínio das tecnologias de produção, pois o elemento humano não era considerado uma variável crítica da gestão. Porém, a descoberta de que a forma de atuar do superior hierárquico para com os seus subordinados tinha um impacto decisivo nas performances obtidas por estes impulsionou o interesse por esta questão, que numa etapa inicial levou a pensar sobre o que será um bom líder.

Classicamente, a palavra liderança é qualificada mais de uma forma psicológica do que operacional. Parreira (2010); Bass (1983) definem que a liderança é um processo de influência do líder sobre os liderados e o que é decisivo nas características pessoais do líder são as competências que asseguram a eficácia desse processo.

Neste enquadramento, no âmbito de uma organização, a liderança implica a existência de um líder que inspira e envolve um grupo, mais ou menos alargado de colaboradores ou liderados comprometidos com a visão e estratégia da organização. Este comprometimento irá depender forçosamente do líder, das suas características, capacidades de comunicação e motivação, da sua capacidade de trabalhar em grupo e em equipas, assim como das características de motivação e satisfação dos seus colaboradores (Carvalho et al., 2015).

Numa retrospectiva histórica, como protótipos fundamentais para melhor compreender a interpretação de liderança até aos nossos dias, referenciamos Parreira (2010), quando

descreve a liderança como a arte de exercer influência e conseguir adesão. Este autor cita diferentes teóricos como Allport (1924), para quem a liderança é o contato pessoal face a face; para Moore (1927), é o desejo de incutir a vontade do líder nos liderados. Philips (1939) acentua que a liderança é a exigência de uma unidade moral para a obtenção dos nossos fins e Allen (1960) considera que um líder guia e dirige as outras pessoas, no que é corroborado por Bennis (1959).

Semelhantes a estas perspetivas são as abordagens de liderança como ato de persuasão, ideia defendida por Weiss (1977), Bass e Barret (1981); ou ainda a que apresenta Mckenna (1994) como a capacidade de conduzir os outros a fazer melhor ou diferente... um resultado mais criativo, um melhor nível de desempenho... Considera uma agência de mudança, capaz de inspirar os outros a fazer mais do que fariam de outro modo (Parreira, 2010).

A evolução das teorias sobre a liderança ao longo dos tempos foram uma realidade, a primeira abordagem teórica da liderança focou-se nos traços de personalidade dos líderes. Acreditava-se que as pessoas nasciam com caraterísticas que a determinavam como líderes, pelo que estudos dessa época se centravam em identificar essas caraterísticas (Carvalho et al., 2015).

Carvalho e colaboradores (2015) relatam que por volta dos anos 50 emerge uma nova perspetiva de avaliar a liderança centrada na abordagem do comportamento. Nesta ótica, esta caraterística era passível de aprendizagem. Inicia-se um período de valorização do comportamento de liderança, ou seja, o que faziam os líderes e como o faziam, assim como os resultados que daí provinham. Posteriormente nasce a abordagem teórica da liderança contingencial ou situacional. Esta por sua vez foca-se que os resultados dos estilos de liderança são fruto de situações específicas e defendem que não existem estilos de liderança universalmente adequados.

Mais tarde, outros teóricos determinam a abordagem da liderança como um sistema de trocas entre líder e liderados, chamando-lhe de liderança transacional (Carvalho et al., 2015). É uma teoria que assenta no modelo de recompensas pelos resultados alcançados, onde o líder deverá privilegiar a arte de motivar os liderados a executarem as tarefas com a máxima eficiência. Concluindo as abordagens teóricas sobre liderança, valoriza-se a liderança transformacional, aquela que surge com base na influência do líder sobre os liderados. Nesta abordagem o líder busca conhecer os seus liderados individualmente, procura treiná-los o que infere numa transformação de ambos.

Estes líderes proporcionam na organização a inovação e a partilha de ideias dos seus liderados, transformando-os em agentes de mudança e potenciadores do conhecimento organizacional. Por seu lado, Sousa (1999), refere a liderança como um processo de influência social, no qual o líder procura obter a participação voluntária dos subordinados num esforço para atingir os objetivos da organização.

Nesta ótica, a liderança corresponde ao papel crucial que qualquer gestor tem de desempenhar no âmbito do sistema interno da organização. Sousa (1999), reforça que a eficácia de um determinado líder varia grandemente dependendo das circunstâncias (tipo de empresa, tipo de trabalho desenvolvido pelos subordinados, o grau de preparação académica e profissional destes, o grau de incerteza das tarefas desenvolvidas e dos mercados em que a empresa está presente, e as próprias características culturais em que a organização labora).

Verificamos assim que as primeiras abordagens à temática liderança efetivamente foram orientadas no sentido de tentar definir quais as qualidades ou traços de personalidade que tornam um chefe num bom líder, desde a abordagem comportamental à abordagem contingencial ou situacional, até às abordagens modernas da teoria de liderança transacional e da teoria da liderança transformacional.

Blanchard e Johnson (2018) complementam esta linha de pensamento quando acrescentam que uma liderança eficaz assenta em relações de proximidade. Noutra visão, Blanchard e Muchnick (2012), classificam a liderança como não sendo algo que se impõe às pessoas, é algo que se faz com elas, acrescentam que liderar com integridade significa ser a pessoa que gostaria que os outros fossem, a confiança será construída com os valores e assim os comportamentos serão correspondentes, acrescentam ainda que as pessoas tendem a respeitá-lo mais sempre que aquilo que você diz e aquilo que você faz são a mesma coisa.

Corroboramos a visão destes autores quando reforçam que a chave para a verdadeira liderança é a relação que se constrói com a equipa, a partilha de informação sobre a organização coloca toda a gente no mesmo registo e assim será mais fácil escalar a “montanha” quando o fazemos acompanhado.

Sousa (1999), previamente, estava convencido de que um estilo de liderança melhor do que todos os outros é algo surreal, e hoje advoga-se uma liderança do tipo situacional ou contingencial. Embora diversas teorias tenham surgido como já referenciamos, todas corroboram um pressuposto fundamental de que estamos perante um estilo de gestão/liderança bem-sucedido sempre que este se adapte à situação.

A liderança é o processo de conduzir as pessoas para onde devem ir, sendo que a maior realização de um líder é ganhar o respeito e a confiança da sua equipa. Fatores como a integridade, a parceria e o louvor são ingredientes referenciados para uma liderança duradoura. Conforme cresce a confiança e determinação dos elementos da equipa, o verdadeiro líder passa o tempo a assegurar que não lhes falem os recursos de que necessitam. Cabe ao líder promover a confiança da sua equipa, encorajar os colaboradores a pensarem por si próprios e estimulá-los a fazerem pausas, a que chama de “*higiene mental*”, sempre que necessário para reduzir o *stress* (Blanchard & Muchnick, 2012).

Cada vez mais, tem de se adotar métodos de eficácia comprovada e novas formas de lidar com a evolução dos tempos, passando do modelo da clássica gestão vertical, aquele modelo que na altura servia muitos propósitos, verifica-se que atualmente é um modelo demasiado rígido, desmotivador dos colaboradores e por conseguinte, condicionante da inovação. Hoje, os clientes impõem um serviço mais rápido e produtos de melhor qualidade, pelo que é necessário que todos os colaboradores contribuam com o seu talento. Os recursos intelectuais não são restritos dos postos executivos, mas podem ser encontrados em qualquer posto na organização (Blanchard & Johnson, 2018).

Vesterinen e colaboradores (2012) contextualizam que uma área essencial das habilidades de gestão na enfermagem passa pelo uso de diferentes estilos de liderança. Estes estilos de liderança podem ser vistos como diferentes combinações de tarefas e transações de comportamentos que influenciam as pessoas a atingir os objetivos. Partilhamos da mesma opinião destes autores quando indicam que a liderança efetiva do gestor de enfermagem é afiliada à retenção de pessoal, satisfação no trabalho dos enfermeiros, empoderamento da equipa e satisfação dos clientes.

Na perspetiva de Blanchard e Johnson (2018) a importância das reuniões semanais emerge como um momento de escuta atenta dos colaboradores, enquanto estes revêm e analisam o que foi feito durante a semana anterior, o que ficou por fazer, os problemas que surgiram e os planos e estratégias a adotar para os resolver. Advogam que o gestor tem de estar tão orientado para os resultados como para as pessoas. Não se conseguem obter bons resultados sem a colaboração de todos. Os resultados e os colaboradores de uma organização são fatores indissociáveis, *“as pessoas que se sentem bem consigo próprias obtêm bons resultados”* (Blanchard & Johnson, 2018, p. 88).

Carvalho e colaboradores (2015) perpetuam que a produtividade é mais do que uma simples medida da quantidade de trabalho desenvolvido, é também uma medida da sua qualidade. Sem a existência de um produto de qualidade para oferecer e sem um atendimento do cliente à altura, nenhuma organização poderá desenvolver-se. Nesta premissa, a melhor forma de obter bons resultados é contando com a colaboração das pessoas. Os termos liderança e gestão são frequentemente considerados como associados entre si, contudo sendo distintos um do outro.

Alguns autores defendem que os líderes necessitam possuir capacidades de gestão e, por sua vez, os gestores capacidades de liderança, sendo que as capacidades de uns e de outros são essenciais ao desenvolvimento e sucesso de uma organização (Carvalho et al., 2015).

Corroboramos a opinião destes autores, quando referem que a liderança implica a criação de um clima de confiança e a motivação dos colaboradores para seguir uma determinada direção, ao passo que a gestão implica a exigência de um determinado desempenho, em função da posição hierárquica. As boas práticas da gestão são indispensáveis para que a

organização cumpra de forma eficaz e eficiente os seus compromissos atuais, mas uma boa liderança é necessária para conduzir a organização para o futuro no cumprimento dos seus objetivos e concretização da sua visão.

Chipeta e colaboradores (2016) elencam que as principais determinantes da motivação e do desempenho organizacional são as práticas de liderança, reconhecem que estas práticas têm uma dimensão cada vez mais reconhecida nos resultados de qualidade nos cuidados de saúde. As principais componentes de liderança preconizadas por Chipeta e colaboradores passam pela influência idealizada, a motivação inspirada, estimulação intelectual e consideração individual. O que implica envolver os seguidores além das expectativas, estabelecendo autoridade de liderança e integridade, ao mesmo tempo que inspira e motiva os subordinados.

Neste enquadramento, Costa (2018) preconiza que os gestores acrescentam valor aos recursos influenciando as pessoas com que eles interagem. A função de planejar, organizar, dirigir e controlar depende da adesão de todos os envolvidos para colaborar numa rede de mútua influência. Nesta ótica, reforça que apesar da liderança ser importante para uma boa gestão, estes dois conceitos não devem ser confundidos. Todos os bons gestores deveriam ser bons líderes, até porque liderar constitui uma das funções do processo de gestão. Um líder é aquele que pode influenciar os outros e detém autoridade para o fazer. Acrescentamos que um indivíduo pode ser um ótimo gestor, organizado, eficiente, eficaz, justo, entre outras, mas não ter capacidade para motivar os outros.

Anteriormente, Maxwell (2008) explicava a diferença entre gestão e liderança, considerava que os gestores trabalham com processos e os líderes com pessoas, ambos são necessários ao percurso de uma organização, mas as funções são diferentes. Complementava, que as pessoas podem ser geridas, mas preferem ser lideradas e enquanto são bem lideradas o seu desempenho revela-se de muito bom. É dada a perspetiva de que os líderes atuam como agentes de mudança, pois procuram sempre novos desafios, não se contentam com o progresso, querem participar na mudança. A liderança é vista como algo em movimento, para ser um líder melhor tem que lidar bem com a mudança. Tem de pensar nas pessoas, no progresso e no que não é evidente.

Tappen (2005, p. 77) acrescenta que *“a comunicação adequada está no centro da liderança eficiente. Saber escutar de forma eficiente, ser íntegro, confirmar percepções, reagir e articular, e partilhar uma visão do futuro, são todos elementos de uma boa comunicação para uma liderança eficiente”*. Concordamos com esta autora, pois falar de Liderança implica capacidades como comunicação efetiva, confronto e negociação, raciocínio crítico, resolução de problemas, condução de reuniões e conferências. Liderar abrange muitas facetas do comportamento humano, inclusive motivação, os efeitos da cultura, teorias de liderança, desenvolvimento de grupo, trabalho de equipa, dinâmica organizacional, poder e conflito.

Neste enquadramento, Tappen (2005) considera a liderança como a ação, e não a posição, nesta premissa que liderança e gestão não são mutuamente incompatíveis, mas complementam-se e o real desafio para os gestores é combinar uma forte liderança com uma forte gestão. Reforça que todo o profissional de saúde tem a responsabilidade de assumir alguma liderança dentro da sua profissão.

Fradique e Mendes (2013) sustentam que definir liderança não é fácil, pois depende da perspetiva que cada investigador coloca sobre o assunto. No entanto, também consideram que o papel do líder é fundamental na criação de um ambiente de confiança, pois será este ambiente que impulsiona, através de estímulos, o desenvolvimento de competências nos colaboradores. Complementam que os líderes são os responsáveis pela melhoria do desempenho, desenvolvendo, implementando e monitorizando a gestão do serviço. Assim, nesta ótica cabe aos enfermeiros chefes/gestores a responsabilidade de garantir a qualidade dos cuidados que são prestados no seu serviço.

O líder deve ser observado como o responsável que exige que mantenha a confiança e a confiança da equipa que lidera. O profissional de saúde, que tira proveito das oportunidades das diferentes estratégias de liderança existentes, consegue usá-las construtivamente, atendendo a que a liderança é a arte de influenciar e inspirar os outros a atingir as suas metas (Tappen, 2005).

Tappen (2005) identifica um líder eficiente como aquele que tem os componentes de uma liderança eficaz na sua prática, tais como: conhecimento adequado, em liderança e no seu campo profissional; possui autoconhecimento; comunicação (comunica de modo claro e eficaz); mobiliza energia; estabelece metas significativas e ações (atua objetivamente). O líder eficiente é aquele que tem êxito nas tentativas para influenciar os outros a trabalharem em equipa, de uma forma produtiva e satisfatória.

Contextualizando a liderança para o enfermeiro gestor, Fradique e Mendes (2013) propõem que o processo de liderança é de suma importância na gestão em enfermagem, no que diz respeito à melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao cliente. Reforçam que o enfermeiro gestor tem um papel chave nas organizações de saúde, uma vez que necessitam gerir diferentes recursos disponíveis, planear as diferentes atividades interagindo dentro das diversas áreas funcionais da organização.

Concordamos que ser líder é um desafio permanente e enaltecido com o objetivo da garantia da contínua qualidade dos cuidados na prática de enfermagem, o que assenta numa gestão de recursos humanos, preconizando o desenvolvimento de competências e capacidades dos colaboradores, num clima de motivação.

Neste enquadramento, Silva (2012) acrescenta que os desafios que os enfermeiros gestores encaram na área da gestão, prendem-se em organizar o trabalho de outros profissionais e em assumir de facto o papel de líder no Sistema de Saúde. Consolidamos esta perspetiva,

pois, um fortalecimento de liderança e a capacidade de gestão são competências necessárias para a gestão efetiva dos serviços de saúde.

A mesma perspectiva é explorada por Ceitil (2016) que refere que o líder é definido como o mentor que oferece um modelo de identificação. Liderar com eficácia é de uma complexidade extraordinária e o pilar do sucesso das organizações está no estilo de liderança e motivação adequados ao tipo de produto ou serviços prestados. Considera que liderança e motivação são dois termos que se movem juntos, pois um determina necessariamente o outro. Lideranças pressupõem capacidade de visão, perspicácia no diagnóstico e implementação de medidas nos processos de mudança, na sustentação da confiança e determinação pela conquista das metas e objetivos dos profissionais e da organização.

Motivar as equipas implica obrigatoriamente ter capacidade de liderança e trata-se de um processo de influência social, em que se mobilizam as capacidades de comunicação e perseverança. Outrora, Ceitil (2004) já enriquecia a ideia ao referir que um dos alicerces fundamentais da eficácia da liderança residia na capacidade de os líderes modelarem o comportamento dos seus liderados através do valor do exemplo.

Outras perspectivas referem a liderança como a influência interpessoal exercida numa situação dirigida através do processo da comunicação humana à consecução de um ou de diversos objetivos específicos. É um processo contínuo de escolha que permite à empresa caminhar em direção à sua meta, apesar de todas as perturbações internas e externas. Assim, a liderança é uma questão de decisão de grupo (Chiavenato, 2003).

Nesta linha de pensamento, Carvalho e colaboradores (2015) descrevem que a liderança vai depender muito do seu líder, nomeadamente das suas características: capacidades de comunicação e motivação, capacidade de trabalhar em grupo e equipas, assim como das características, motivação e satisfação dos seus colaboradores. O sucesso da organização está intimamente ligado à capacidade dos seus líderes a conduzirem na direção certa, razão pela qual diversos autores dos diferentes domínios se têm empenhado em estudar a designação de liderança. Liderança é a capacidade de influenciar as pessoas de forma a levá-las a empenharem-se e comprometerem-se voluntariamente em determinados objetivos e metas.

Nas instituições de saúde, a laboração é realizada por trabalhadores que possuem domínio técnico, científico, preventivo, curativo ou de reabilitação, que permitem ao destinatário dos cuidados, as prestações de serviços especializados com o maior nível de diferenciação. No entanto, tal como os trabalhadores das restantes organizações, necessitam de ser ouvidos, apoiados nas suas ambições profissionais, de respeito e sobretudo de estarem motivados. Maxwell (2008) consolida que as pessoas não funcionam como máquinas, porque têm sentimentos, problemas, esperanças e sonhos.

Não temos dúvidas de que a liderança em enfermagem tem um impacto significativo no ambiente de trabalho como na satisfação do enfermeiro e, consequentemente, no desempenho e na motivação destes. Os enfermeiros mais satisfeitos e motivados no seu contexto de desempenho são capazes de honrar a organização desenvolvendo a capacidade de prestar cuidados de melhor qualidade.

Neste enquadramento, Kurcgant (2011) evidencia a necessidade de articulação de estratégias que apontem para o investimento nas relações interpessoais, implementação de ações e programas que venham ao encontro das expectativas dos colaboradores e das organizações. Acrescenta que se deve pensar no espaço de trabalho da enfermagem como um espaço micro político, onde são reproduzidas as políticas sociais e de saúde, abrangendo as hipóteses de mudanças e transformações com ênfase na qualidade da saúde.

Moura e colaboradores (2017) referem que o líder em enfermagem, atuará como aquele que permite a comunicação franca e aberta, que tem a capacidade de reconhecer e atender às necessidades da equipa, sabe apoiar nos momentos necessários, fomenta a harmonia no ambiente de trabalho; é alguém que trabalha em prol da união e integração da equipa, assegurando a satisfação dos enfermeiros e consequentemente a qualidade dos cuidados prestados aos clientes.

Observa-se a notoriedade da influência do estilo de liderança no ambiente de trabalho das organizações de saúde, pois as suas repercussões podem gerar sinergia ou desagregação da equipa. Compete aos líderes repensarem o modo como conduzem a equipa, bem como se suas atitudes são marcantes na trajetória dos enfermeiros e também da organização à qual pertencem (Moura et al., 2017).

A liderança está patente em todas as atividades do enfermeiro, principalmente quando este profissional tem o interesse de exercer com competência o seu trabalho, no desempenho de atividades assistenciais do cuidado direto ao cliente ou assumindo a função coordenativa que envolve a interação com a enfermagem. A liderança pode ser compreendida e desenvolvida, desde que haja interesse e iniciativa (Almeida et al., 2011).

Morsiani, Bagnasco e Sasso (2016) num estudo acerca de como os enfermeiros percebem o impacto do estilo de liderança dos enfermeiros gestores em termos de satisfação no trabalho, concluíram que existe uma correlação direta entre o estilo de liderança do líder de enfermagem e a manutenção do enfermeiro na equipa e a sua satisfação com a profissão. Concluíram ainda que os gestores de enfermagem devem explorar e adotar práticas de liderança consideradas participativas, para que a equipa se sinta empoderada e incluída no processo de tomada de decisão. Testemunham desta forma que a diminuição da satisfação no trabalho pode influenciar os funcionários a deixar a organização.

Massod et al. (2017), patenteiam que a liderança efetiva age como um catalisador para desenvolver e promover a inovação entre os enfermeiros, fomentando a capacidade individual do papel que cada um, moderando o efeito da liderança transformacional e o fortalecimento psicológico. Os autores defendem que as percepções dos enfermeiros sobre a dependência de confiança e divulgação de confiança guiam a relação entre comportamentos de envolvimento de conhecimento e comportamento de trabalho inovador, de tal forma que a vontade de compartilhar melhores práticas gera comportamentos de trabalho inovadores, baseada na confiança subjacente de compartilhar erros e gerar e implementar novas ideias.

Morsiani, Bagnasco e Sasso (2016), caracterizam a existência de três tipos de liderança, em que a liderança transformacional é um processo que motiva os subordinados apelando a ideais e a valores morais, com quatro componentes: motivação, influência idealizada, estimulação intelectual e consideração individual; a liderança transacional é categorizada por comportamentos que recompensam os seus seguidores pela conformidade e envolvem a disciplina ativa por falha no cumprimento das regras. Esta liderança está mais focada na estrutura, expectativas de função e possibilidade para recompensar funcionários; e a liderança *Laissez-faire* é a falta de envolvimento no processo e tomada de decisão.

Por conseguinte, Curtis e O'Connell (2011) preconizam apenas dois tipos de liderança: a transacional e a transformacional. Descrevem que no transacional os profissionais trocam o seu empenho no trabalho por alguma recompensa. Neste tipo de liderança, os líderes só intervêm, no caso de algo não correr bem ou que algo não esteja dentro dos padrões esperados. No transformacional, a grande preocupação do líder é manter comportamentos nas equipas que sejam compatíveis com o seu bom funcionamento. Os líderes que utilizam este último estilo de liderança, podem obter maiores níveis de desempenho, estimulando o pensamento crítico e reflexivo, e incentivando o investimento profissional.

Concordamos com a perspectiva de que o enfermeiro líder deve ser desperto para a abordagem de liderança como a liderança transformacional o que implica metaforicamente “levantar o coração e envolver a alma”, em vez de ser simplesmente implacável, sendo este o caminho a seguir para desencadear inovação nas organizações. A administração das organizações de saúde deve proporcionar um clima seguro e positivo onde os enfermeiros não tenham medo de falar ou discordar dos supervisores. Um ambiente onde expressam melhores práticas e boas experiências, partilhem erros, informações sensíveis e problemas do local de trabalho (Massod et al., 2017).

Massod et al. (2017) descortinam que a liderança na enfermagem exerce uma relação positiva sobre a satisfação no trabalho, sendo intermediada ou não por outras variáveis, reforçam a importância do investimento das organizações de saúde no aprimoramento e desenvolvimento dessa competência nos profissionais de enfermagem.

Reiteramos que os líderes são os principais responsáveis pela melhoria do desempenho, desenvolvendo, implementando e monitorizando a gestão dos serviços. É aos enfermeiros gestores que cabe a responsabilidade de garantir a qualidade dos cuidados que são prestados nos seus serviços, devendo motivar e alertar a equipa para uma prática de enfermagem de qualidade, estando atentos às necessidades do cliente para que os cuidados de enfermagem recebidos sejam de qualidade, promovendo a garantia da sua satisfação.

Verificamos que há estudos que não estabelecessem a relação entre algumas teorias de liderança contemporâneas com a satisfação no trabalho. São exemplos a Liderança Carismática, que se baseia nas qualidades pessoais como carisma, persuasão, poder pessoal, autoconfiança, ideias extraordinárias e fortes convicções e a Liderança *Coaching*, modelo de liderança que encoraja e motiva o liderado para aprender e manter-se em nível de prontidão para realizar determinada tarefa. Mas, o empoderamento mediou o efeito da liderança transformacional sobre a satisfação no trabalho na equipa de enfermagem assim como sobre a liderança autêntica e a satisfação no trabalho (Curtis & O'Connell, 2011).

Para Curtis e O'Connell (2011) a comunicação especializada é a principal ferramenta utilizada pelos líderes transformacionais com o objetivo de promover a confiança entre os diversos profissionais e a autoconfiança.

Enquanto que Moura e colaboradores (2017) desenham num perfil do enfermeiro gestor e líder que, este seja alguém que permita a comunicação franca e aberta que, tenha a capacidade de reconhecer e atender as necessidades da equipa, sabendo apoiar nos momentos necessários, fomentar a harmonia no ambiente de trabalho, ser alguém que trabalhe em prol da união e integração da equipa, assegurando a satisfação dos enfermeiros e consequentemente a qualidade dos cuidados prestados aos clientes. Observa-se a notoriedade da influência do estilo de liderança no ambiente de trabalho, pois as suas repercussões podem gerar sinergia ou desagregação da equipa.

A liderança assenta em quatro pilares fundamentais: liderança carismática, em que os líderes são admirados e respeitados pelas pessoas que lideram; a motivação inspiradora, em que os líderes influenciam os profissionais através do trabalho em equipa; a estimulação intelectual, onde os líderes desempenham as suas capacidades e habilidades para a resolução de problemas, a criatividade e a capacidade para desenvolver as práticas e impulsionar o conhecimento; a consideração individualizada, onde os líderes consideram as aspirações pessoais dos profissionais e os estimulam a desenvolvê-las (Curtis & O'Connell, 2011).

Noutra ótica, *“Os bons líderes distinguem-se vincadamente pela sua personalidade, pelos seus pontos fortes e fracos e pelos seus valores e convicções”*. Complementam que *“ser líder não é um privilégio, mas sim uma obrigação. E a maior obrigação é a da eficácia”* (Drucker & Paschek, 2007, p. 23).

Compete aos líderes repensarem o modo como conduzem a equipa, bem como se as suas atitudes são marcantes na trajetória dos enfermeiros e também da organização à qual pertencem (Moura et al., 2017).

Na mesma perspetiva, Camelo et al. (2016) caracteriza o enfermeiro gestor como um líder que promove o trabalho em equipa, diligencia um clima de confiança no seio da equipa, e partilha o poder, sem menosprezar os liderados. Este líder cria laços de confiança, conduzindo as pessoas para que estas estejam recetivas às mudanças. Corroboramos a opinião de Camelo e colaboradores, quando ressaltam que há que se destacar a necessidade do desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros gestores para fortalecê-los com estratégias e/ou ferramentas para uma liderança eficaz.

Por conseguinte, Almeida et al. (2012) também destacam os atributos das habilidades de liderança, tais como: conhecimento, experiência, confiança, capacidade de trabalhar em equipa, de resolver problemas, autodesenvolvimento, relacionamento interpessoal, comprometimento e respeito entre a equipa, e saber ouvir. É evidente que na prática assistencial e de coordenação, é fundamental que o enfermeiro desenvolva a competência de liderança.

Os líderes são os principais responsáveis pela melhoria do desempenho, desenvolvendo, implementando e monitorizando a gestão dos serviços. É aos enfermeiros gestores que cabe a responsabilidade de garantir a qualidade dos cuidados que são prestados nos seus serviços, devendo motivar e alertar a equipa para uma prática de enfermagem de qualidade, estando atentos às necessidades do utente para que os cuidados de enfermagem recebidos sejam de qualidade, garantindo a sua satisfação (Massod et al., 2017).

No término desta explanação sobre liderança e fazendo a conexão para o item seguinte acerca das competências do enfermeiro gestor, diríamos que nas organizações de saúde são essenciais enfermeiros gestores com competências de liderança, pois acredita-se que só assim poderemos garantir a satisfação dos profissionais, a motivação para o trabalho, a motivação para a formação e a crescente melhoria dos cuidados prestados.

Todos ficam a ganhar com a aplicação de um adequado estilo de liderança, até porque os gestores em enfermagem têm como função fundamental liderar o processo de gestão dos seus serviços, particularmente os recursos humanos e os cuidados.

2. COMPETÊNCIAS DOS GESTORES EM ENFERMAGEM

A gestão percorreu um determinado percurso ao longo da história e, tal como outras áreas, foi sendo influenciada pelas teorias de administração, desde a Revolução Industrial, com a necessidade de aumentar a eficiência e a eficácia das organizações, encetando pelas teorias de gestão.

Falar em competências e gestão implica fazer uma retrospectiva histórica sucinta, assim, relembramos o pioneiro *Taylor* e seus seguidores que tiveram como objetivo amplificar a produtividade através do aumento da eficiência dos operacionais; a teoria de gestão de *Fayol*, cujo o objetivo era aumentar a produtividade ao nível da estrutura organizacional e as teorias comportamentais com *Elton Mayo* em que o foco de intervenção são o comportamento das pessoas (Chiavenato, 2003), contudo a gestão em enfermagem transcende as teorias da administração e preocupa-se com a efetividade pelo que recorre ainda às teorias de enfermagem.

Até meados dos anos 80 do século XX, era admitido que as emoções prejudicavam o normal funcionamento do raciocínio, pelo que estas teriam de ser geridas de tal forma que não exercessem força negativa neste âmbito, no entanto as descobertas nas áreas das neurociências vêm contestar esta teoria, sendo consideradas importantes as emoções para o processo de tomada de decisão (Ceitil, 2004).

Ceitil (2004, p. 23) refere a “competência” como “*agir com inteligência emocional*” e dá corpo a esta ideia descrevendo-a como, “*os comportamentos que evidenciam que a pessoa tem consciência das suas emoções em qualquer momento, reconhecendo muitas vezes a forma como essas emoções se refletem a nível físico e consegue articular esses sentimentos e exprimi-los de forma socialmente adequada*”.

Mais tarde, Ceitil (2016, p.102) vem complementar a definição de competência como “*o conjunto de aprendizagens sociais e comunicacionais, alimentadas pela aprendizagem e formação e complementadas pelo sistema de avaliação que permite mais tarde atualizar a competência e introduzir as melhorias necessárias*”.

Vive-se a explosão de conhecimento, associada à globalização e às discontinuidades dos percursos profissionais, que forçam as pessoas a terem de fazer face e lidar com novas ideias e tecnologias, com novas culturas e práticas de gestão, tornando cada vez mais relativo e limitado o nosso conhecimento da realidade. Por conseguinte, é um imperativo

de todos descobrir novos meios e oportunidades de aprendizagem permanente (Ceitil, 2004).

Camelo et al. (2017) consideram que o enfermeiro necessita liderar a sua equipa de trabalho com o intuito de alcançar o sucesso o que torna imprescindível o uso da liderança como competência. Nesta perspetiva, concordamos que o aprimoramento destas habilidades por meio de modelo de outros gestores e o treino direcionado são estratégias para ganhos de competências de liderança que são exigidas ao enfermeiro gestor.

Neste enquadramento, Munyewende e colaboradores (2016) definem competência como habilidades técnicas, conhecimento e atitudes necessárias para executar um trabalho. Descortinam as competências na gestão estratégica, financeira e de recursos humanos; inovação na prestação de serviços; orientação e foco ao cliente; e a comunicação são essenciais para atingir os objetivos organizacionais.

Concordamos que sistemas de saúde complexos exigem aos enfermeiros gestores competências adicionais como as aqui enunciadas para que se promova uma gestão de planeamento, direção, coordenação e controle eficazes. Não podemos menosprezar que as competências de gestão são muito importantes para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no cliente.

Costa (2018) parte da premissa que dependendo do tipo de gestão, existem competências que são particularmente relevantes. As competências técnicas que se referem ao conhecimento específico e às técnicas necessárias para a realização eficaz do trabalho, são particularmente importantes no nível tácito e ao nível operacional. Observa-se com frequência que os operacionais com elevadas competências técnicas são promovidos a gestores de primeira linha. As competências humanas relativas à capacidade de relacionamento e consequentemente de trabalhar bem com os pares, são importantes para todos os níveis de gestão.

Nesta linha de pensamento, Lelli et al. (2012) reforçam que o desenvolvimento de competências de gestão, principalmente no âmbito da saúde e em especial na enfermagem, é um grande desafio. Os resultados comprovam que a complexidade do contexto hospitalar na atenção à saúde dificulta o desenvolvimento de competências, principalmente com relação às estratégias, muito aquém das necessidades das enfermeiras, evidenciando que é preciso estimular o conhecimento acerca da temática neste contexto assistencial.

Neste sentido, é importante realçar que esta complexidade se deve à diversidade de profissionais presentes nos hospitais de ensino, métodos de controlo do trabalho (protocolos, sistemas de metas, proximidade com o gestor, e outros), o uso de tecnologias duras e a crescente interdependência entre os atores (profissionais, gestores e usuários) do sistema (Lelli et al., 2012).

Ceitel (2016, p. 93) considera a definição de competência de forma clássica, como *“uma característica intrínseca de uma pessoa que resulta em efetiva ou superior performance na realização de uma atividade”*. Corrobora que não é o perfil de qualidades que diferencia as pessoas, mas sim os resultados concretos do seu desempenho, e são precisamente estas características diferenciadoras que designa como “competências”.

Noutra perspetiva, Lober e Savi (2011) designam competências como um nome relativamente novo para o conhecimento, habilidades e virtudes conhecidas e usadas ao longo do tempo. Complementam que competências compreendem conhecimentos, habilidades cognitivas e práticas, valores e atitudes, ou seja, habilidades e comportamentos que são demonstrados no desempenho bem-sucedido e eficiente no contexto de trabalho.

Ceitel (2016, p.110) propõe que *“a gestão de competências é muito mais do que uma forma de gerir... Através dela podemos orientar as ações das pessoas com o intuito de construir uma organização eficaz, ou seja, aquela que atinge as suas metas e objetivos.”*

As competências específicas como o próprio nome indica, são aquelas que são requeridas para atividades ou contextos mais restritos, geralmente associadas a domínios técnicos e instrumentais. Outros investigadores relativamente às competências da gestão, identificam três tipos de competências essenciais para a atividade de gerir: competências técnicas, competências humanas e competências conceptuais (Ceitel, 2016; Costa, 2018).

Seguindo a mesma linha de pensamento, o desenvolvimento de tais competências representa o fator chave na resolução dos problemas de uma organização (Lelli et al., 2012).

Para Costa (2018, p. 26) *“Os gestores com capacidades humanas conseguem obter o melhor dos outros, pois sabem como comunicar, motivar, liderar, conseguindo transmitir um entusiasmo motivador e confiança aos outros.”* As competências conceptuais são as habilidades que os gestores utilizam para pensar e conceptualizar sobre posições abstratas e complexas. Concordamos com este autor, quando afirma que os gestores com este tipo de competências conseguem visualizar a organização como um todo, coordenar e integrar os interesses e atividades da organização. Estas competências são especialmente importantes na gestão de topo.

Todavia, existem outras competências que assumem importância ascendente e que são exigidas aos gestores, tais como: capacidade para gerir o capital humano, a mudança, o processo de tomada de decisão, a estratégia, a inovação, a logística, e a tecnologia, entre outras (Costa, 2018).

Figura 2. Distribuição do grau de necessidades de competências do gestor

Nível Topo	Competências conceituais	Competências técnicas	Competências humanas
Nível Intermédio			
Nível Operacional			

Fonte: Adaptado Costa 2017, pág. 27

Lelli et al. (2012) expressam a importância da competência de liderança na prática profissional, na organização, na confiança e direcionamento da equipa de trabalho. Neste contexto, Silva (2012) reforça que um dos desafios que o enfermeiro gestor enfrenta atualmente traduz-se em organizar o trabalho de outros profissionais e em assumir de facto o papel de líder no sistema de saúde, confirmando os conceitos encontrados em literaturas.

Ceitol (2004) complementa mais uma vez que, além das competências requeridas para o exercício do papel de líder, é exigido ao líder que se descentre e mantenha o autocontrolo, para manter comportamentos que os outros percebam como consistentes, coerentes com os valores, normas e princípios. O líder eficaz é aquele que faz o que diz e que é capaz de ter práticas de vida compatíveis com os valores e normas que ele defende e tem como missão representar. Ceitol (2016) reforça que cabe ao líder (orientador da ação do indivíduo e do grupo) o papel de facilitador da evolução para o desempenho rápido e eficaz. As características de gestão estão representadas seguidamente, (Figura 3).

Figura 3. Características de Gestão



Fonte: Adaptado Ceitol (2016, p. 140-142)

Retrospectivamente, não podíamos deixar de recordar Collière (1999) e o seu foco importante, ao dar o significado de competência em enfermagem, como sendo uma temática pertinente e intemporal, e a OE que em 2004, emite um documento “Divulgar:

competências do enfermeiro de cuidados gerais, baseado no quadro do International Council of Nursing (ICN)”, com o objetivo de criar um referencial para o exercício profissional dos enfermeiros. Os regulamentos das competências específicas de enfermeiros especialistas em várias especialidades, emergem em 2010.

O Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE) define e destaca o papel fundamental do enfermeiro enquanto profissional dotado de competências científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados à pessoa, durante o seu ciclo vital, enquanto ser holístico que integra e interage com a sua família, grupo ou comunidade, necessitando de cuidados que visem a promoção da saúde e a prevenção da doença nos seus diferentes níveis de prevenção (Dec. Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Dec. Lei no 104/98, de 21 de Abril).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) definiu que o enfermeiro competente refere um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

O enfermeiro gestor necessita de ter competências para motivar e promover o desenvolvimento dos profissionais de enfermagem da sua equipa. Ao contrário desta premissa, na prática clínica, a grande maioria dos enfermeiros que desempenham funções de chefia não possuem capacidade de liderança sobre as suas equipas, sendo muitas vezes ou pessoas autoritárias ou pessoas submissas. Estes tipos de posturas dificultam o desenvolvimento de todos os profissionais, tanto dos que gerem como daqueles que são geridos (Curtis & O’Connell, 2011).

O enfermeiro gestor é identificado como o profissional com domínio da competência acrescida avançada na área da gestão e competência do domínio da assessoria e consultadoria (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Nesta vertente, são necessários enfermeiros gestores com competências de gestão acrescidas e avançadas, pois acredita-se que só assim podem garantir a satisfação dos profissionais, a motivação para o trabalho, a motivação para a formação e a crescente melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Em 2015, em Portugal, são regulamentadas as competências do enfermeiro gestor, e em janeiro de 2018 é regulamentada a Competência Acrescida Avançada em Gestão (ANEXO I). As competências do enfermeiro gestor no domínio da competência acrescida avançada em gestão são vertidas pela legislação em vigor (DR, 2.ª Série - N.º 21, 2018). Segue-se a representação das competências no domínio da gestão, (Figura 4).

Figura 4. Competências do Domínio da Gestão



Fonte: Adaptado do DR, 2.ª Série – N.º 21 – 30 de janeiro de 2018

O enfermeiro gestor no exercício das suas funções assumirá “uma prática profissional e ética na equipa que lidera”, assegurando “um sistema de gestão de qualidade como modelo de excelência e referência para a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde e das organizações”. Adotará “estratégias de liderança que assegurem o desenvolvimento profissional e organizacional sendo um agente ativo dos processos de mudança que acrescentam valor à profissão e à organização”; “funções de planeamento, organização, direção e controlo como componentes estruturantes, interdependentes e sequenciais do processo de gestão,” promovendo o “desenvolvimento de competências dos profissionais de equipa” e fomentando uma “prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde” (Regulamento n.º 76/2018, p. 3479).

Esta proposta poderá ter estado na base do Regulamento n.º 101/2015 de 10 de março de 2015, que apresenta de forma rigorosa e pormenorizada, o perfil de competências de um enfermeiro gestor, identificando-o como:

“ (...) enfermeiro que detêm um conhecimento efetivo, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e do domínio específico da gestão em enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, garante o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no que concerne ao enunciado descritivo «A Organização dos Cuidados de Enfermagem», sendo o motor do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão, é o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros.” (DR, 2ª Série, nº48, 10 março de 2015, p.5949)

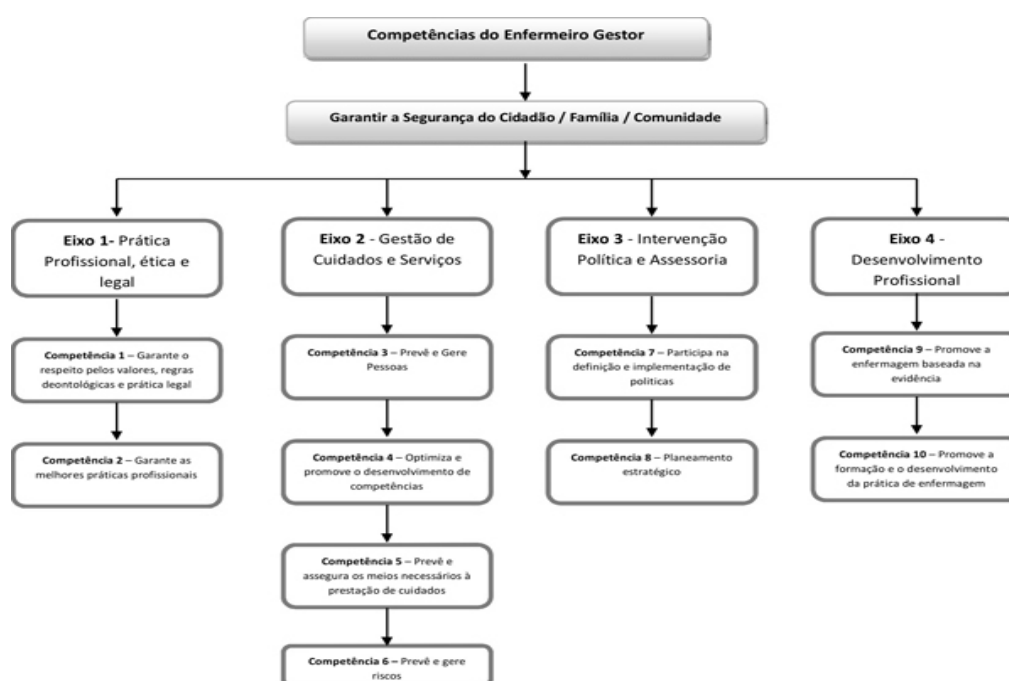
Em Portugal, no que diz respeito à definição das funções de um enfermeiro gestor, reconhecemos como notório o trabalho desenvolvido pela Associação Portuguesa de

Enfermeiros Gestores e Liderança (APEGEL), criada em oito de maio de 2009. Tem sido pública a inquietação por parte desta Associação, em potencializar a gestão em enfermagem, distinguindo o papel singular do enfermeiro gestor dentro das organizações de saúde. O seu foco é potenciar a qualidade dos cuidados de enfermagem ao cidadão, famílias e comunidade, sendo o enfermeiro gestor o responsável vital para a sua operacionalização.

A APEGEL tem como pretensões constituir “*como centro de reflexão e intervenção na área da gestão dos serviços de enfermagem, de forma a maximizar a qualidade da prestação dos cuidados de enfermagem aos indivíduos, famílias e comunidades*” (APEGEL, 2019, [em linha]), apresentou em 2014 à OE uma proposta de competências específicas para todos os enfermeiros que assumem funções de gestão. Enaltece-se o mérito exemplar dos líderes da APEGEL, na condução do importante desafio para elevar a categoria do enfermeiro gestor/líder dentro das organizações do SNS.

O referencial de competências para enfermeiros na área da gestão surge e é constituído por quatro áreas de atuação e dez competências. Reforçam a importância do enfermeiro gestor “*compreender a reforma do sistema de saúde e seu impacto nos cuidados prestados, sendo visionário, pensando estrategicamente de forma a planear adequadamente as respostas que lhe são solicitadas, enquanto promove o trabalho em equipa de forma eficaz, gerindo a mudança, dando valor à produção de cuidados de enfermagem e preparando-se adequadamente para as novas necessidades e competências*”, (Figura 5).

Figura 5. Referencial de competências para enfermeiros da área da gestão



Fonte: <http://www.apegel.org/paginas/pagina14> , consultado a 15/04/2019.

Concordamos com a importância de documentar o referencial de competências que os enfermeiros gestores assumem na sua prática do dia-a-dia, na vertente da gestão. Arroga-se que existe uma relação evidente com a liderança na equipa, quando se fala nas competências destes enfermeiros. Promoção do desenvolvimento das competências dos enfermeiros na sua equipa, orientando o seu desempenho, são os objetivos para a finalidade da sua atuação enquanto profissionais de saúde, fornecendo o contributo brioso para a melhoria da qualidade dos cuidados. Neste contexto, a primordial responsabilidade do enfermeiro chefe é responder pela qualidade dos cuidados de enfermagem no seu serviço.

Neste enquadramento, Rego (2015) louva as competências como um vetor extremamente relevante e poderoso nos processos de gestão e o enfermeiro gestor deverá ser aquele líder que detém um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, no domínio da disciplina em enfermagem, da profissão de enfermeiro, assim como no domínio específico da gestão, com competência efetiva e demonstrada.

A APEGEL, incute como objetivo geral, a promoção de práticas de gestão adequadas para garantir qualidade nos cuidados prestados, aliando-se a aptidão ao conhecimento e à prática contextualizada, como forma de competência. Esta associação preconiza que o enfermeiro gestor deverá reunir competências a nível estratégico, tático e operacional, de forma a garantir a segurança dos indivíduos, da família e da comunidade.

Presentemente em Portugal, com a legislação atual das alterações à carreira, constata-se que as funções de enfermeiro gestor estão preceituadas, no Dec. Lei nº71/2019 de 27 de maio. O Art. 10B - Relativamente ao conteúdo funcional do enfermeiro gestor consagra “...o conteúdo funcional integra, na generalidade, as funções de planeamento, organização, direção e avaliação dos cuidados de enfermagem, utilizando um modelo facilitador do desenvolvimento organizacional e promotor da qualidade e segurança...” (Dec. Lei nº71/2019, p.2628). O enfermeiro gestor terá que perceber os novos conceitos de gestão, e saber “ser” e “estar” perante os desafios, porém durante os procedimentos de gestão ocorrem oportunidades onde os enfermeiros gestores podem ser os atores na organização e realizar uma mudança estratégica com sucesso.

Foi realizada uma revisão integrativa, com intuito de apreciar as diferentes perspetivas no âmbito das competências do enfermeiro gestor, no entanto, esta pesquisa não permitiu o encontro de estudos que divulgassem de forma clara qual o perfil “perfeito” de competências do enfermeiro gestor. A pesquisa foi realizada durante os meses de abril e maio de 2019, no motor de busca EBSCO HOT, nas bases de dados Cinahl Complete, Cinahl Plus, Medic Latina, Medline Full Text, com os descritores “Nurse Manager”, “Skills Nurse Manager”. Os critérios de busca incluíam artigos datados no espaço temporal de janeiro de 2009 a maio de 2019, revistas científicas, textos completos e de acesso livre nos seguintes

idiomas: inglês, espanhol e português, dirigidos a profissionais de enfermagem, artigos contendo nos seus títulos ou nos seus resumos os descritores supramencionados.

Desta revisão integrativa foram selecionados 9 estudos científico (Tabela 1).

Tabela 1. Resultado da revisão integrativa sobre as competências do enfermeiro gestor

AUTOR E ANO DE PUBLICAÇÃO	TÍTULO	PAÍS PUBLICAÇÃO	OBJETIVO	PRINCIPAIS CONCLUSÕES
Tau, B. et al. 2018	The relationship between resilience and empowering leader behaviour of nurse managers in the mining healthcare sector	África do Sul	Investigar a relação entre a resiliência de gerentes de enfermagem e capacitar o comportamento do líder neste setor.	Os entrevistados com alta pontuação de resiliência tenderam a ter um maior comportamento de capacitação de líderes.
Camelo, H. et al. 2017	Práticas de liderança em enfermagem hospitalar: uma <i>self</i> de enfermeiros gestores	Brasil	Avaliar a frequência das práticas de liderança realizadas pelos enfermeiros gerentes das instituições hospitalares e sua associação com as variáveis do perfil socioprofissional.	Enfermeiros Gestores exercem liderança moderada e promovem o trabalho em equipe, num ambiente de confiança e uma visão horizontal. No entanto, também revelam aspectos de gestão a serem aprimorados pelos líderes por meio de estratégias organizacionais e / ou ferramentas voltadas às melhores práticas de liderança.
Munyewende, P. et al. 2016	An evaluation of the competencies of primary health care clinic nursing managers in two South African provinces	África do Sul	Avaliar as competências dos gerentes de enfermagem clínica em duas províncias da África do Sul.	Os achados sugerem a necessidade de treinamento adicional em gestão financeira. Essas habilidades em gestão financeira podem ser aprimoradas por meio de programas de desenvolvimento profissional contínuo. Além disso, o treinamento adicional deve estar alinhado com os objetivos do sistema de saúde e apoiado por um ambiente de prática positiva.
Chipeta, E. et al. 2016	Working relationships between obstetric care staff and their managers: a critical incident analysis	Malawi	Compreender como a equipe de cuidado obstétrico percebe suas relações de trabalho com os gerentes.	Relações de trabalho positivas entre a equipe de assistência obstétrica e seus gerentes são essenciais para promover a motivação do pessoal e o desempenho positivo no trabalho. Uma mudança para a liderança transformacional nas relações enfermeiro-gestor é essencial para estabelecer boas relações de trabalho com a equipe.
Fradique, M. & Mendes, L. 2013	Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem	Portugal	Investigar se a liderança em enfermagem percebida pelos enfermeiros prestadores de cuidados influencia a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.	O modelo estrutural sugere claramente que a liderança em enfermagem está diretamente relacionada com a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, o que vem reforçar as ideias veiculadas pela literatura.
Lelli, L. et al 2012	Estratégias gerenciais para o desenvolvimento de competências em enfermagem em hospital de ensino	Brasil	Identificar as competências gerenciais utilizadas por enfermeiros que ocupam cargo de supervisores em unidades funcionais assistenciais.	Verificou-se que as competências gerenciais identificadas são tradicionais e não congruentes com o modelo institucional, contudo, as estratégias para o desenvolvimento de competências necessitam ser reavaliadas e inovadas visando resultados positivos e consolidados.
Silva, F. 2012	A atuação dos enfermeiros como gestores em unidades básicas de Saúde	Brasil	Analisar a atuação do enfermeiro como gestor em Unidades Básicas de Saúde (UBS), ressaltando seu perfil e sua qualificação do profissional, as dificuldades que enfrentam e como seus subordinados os enxergam.	Os enfermeiros gestores atribuem ao cliente, o objeto do seu processo trabalho de gerência, verificando a predominância das atividades de articulação e reuniões com os profissionais, e com a comunidade, como meios e instrumentos utilizados pelos enfermeiros para obtenção do resultado do seu processo de trabalho de gestão.
Vesterinen, S. et al. 2012	Nurse Managers' Leadership Styles in Finland	Finlândia	Explorar as percepções de enfermeiros e supervisores sobre os estilos de liderança dos enfermeiros gestores.	Os enfermeiros gestores devem considerar seu estilo de liderança do ponto de vista dos colaboradores, fatores de situação e objetivos da organização. Os estilos de liderança em que os colaboradores são vistos em um papel participativo e ativo tornaram-se mais comuns. Juntamente com organizações de saúde, os programas de educação em enfermagem devem incluir a formação de enfermeiros gestores para melhorar sua autorreflexão, através da qual eles são mais capazes de variar seu estilo de liderança.
Lorber, M. & Skela B. 2011	Perceptions of managerial competencies, style, and characteristics among professionals in nursing	Eslovênia	Comparar a percepção dos líderes e colaboradores de enfermagem sobre o estilo de liderança, as características de personalidade e as competências gerenciais dos líderes para determinar as associações entre esses fatores.	Os líderes em enfermagem usavam com demasiada frequência um estilo de liderança inadequado. Formar um modelo único para todas as instituições de saúde no país facilitaria a avaliação de competências e a monitorização constante dos resultados do trabalho dos líderes.

A revisão dos estudos permitiu caraterizar o trabalho dos enfermeiros com funções de gestão em diferentes dimensões e conhecer as suas áreas de intervenção, para além da importância e complexidade do seu papel, analogias e necessidades formativas na área da gestão.

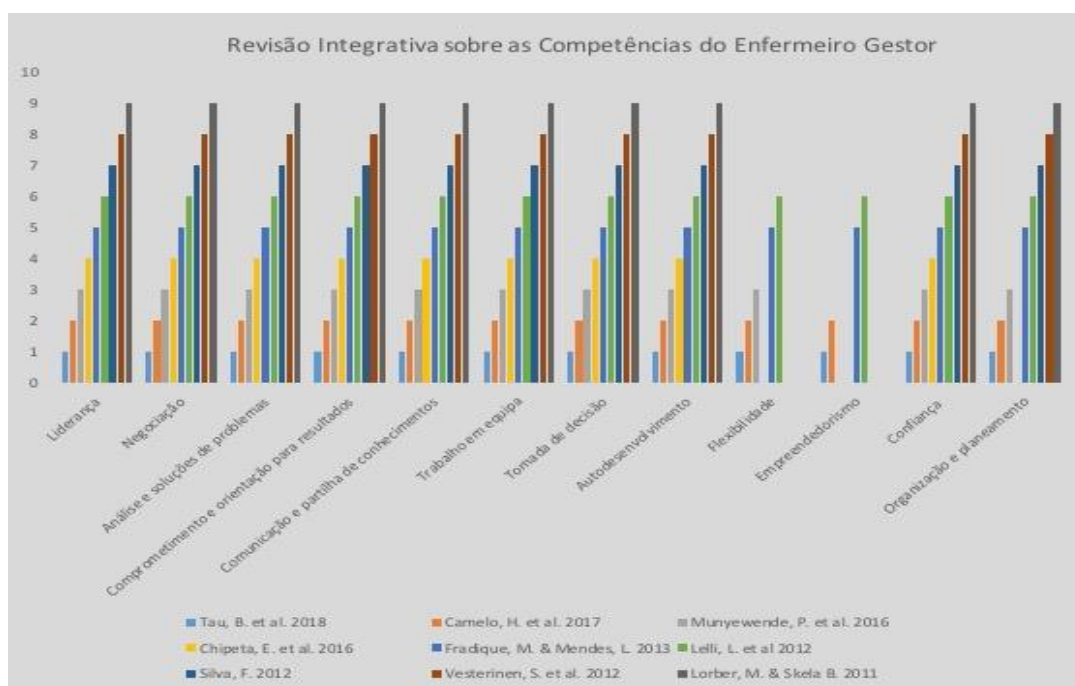
Os investigadores Lorber, M. e Skela B. (2011) constataram com o seu estudo que os líderes usavam com frequência estilos de liderança desadequados e perceberam a dificuldade em fazer a monitorização dos resultados dos trabalhos dos líderes.

Neste contexto, na maioria dos estudos referenciados, os autores elencaram a necessidade dos enfermeiros gestores/líderes fazerem formação na área da gestão como uma premissa importante, objetivando alterar o seu estilo de liderança, promovendo a autorreflexão dos enfermeiros gestores/líderes e consequentemente diligenciando práticas mais adequadas aos seus contextos de trabalho, Lorber, M. e Skela B. (2011); Vesterinen, S. et al. (2012); Lelli, L. et al. (2012); Chipeta, E. et al. (2016); Munyewende, P. et al. (2016) e Camelo, H. et al. (2017).

Comparativamente, no estudo de Silva, F. (2012) os enfermeiros gestores no Brasil concebem a liderança como uma competência com foco no “cliente” sendo este o objeto do seu processo de trabalho. Em Portugal, o estudo de Fradique, M. e Mendes, L. (2013) também elenca um modelo estrutural sugestivo, que a liderança em enfermagem está diretamente relacionada com a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, sendo o “cliente” o foco do processo, o que vem reforçar as ideias difundidas anteriormente, pela literatura.

Basicamente, todos os estudos catalogaram a importância da capacidade de **liderança** dos enfermeiros gestores/líderes como competência essencial nas funções de gestão. No entanto, privilegiam ainda fatores como: a **negociação**, a **análise e soluções de problemas**; o **comprometimento e orientação para resultados**; a **comunicação e partilha de conhecimentos**; o **trabalho em equipa** e a **tomada de decisão**, Lorber, M. e Skela B. (2011); Vesterinen, S. et al. (2012); Lelli, L. et al (2012); Silva, F. (2012); Fradique, M. e Mendes, L. (2013); Chipeta, E. et al. (2016); Munyewende, P. et al. (2016); Camelo, H. et al. (2017) e Tau, B. et al. (2018). Embora não sejam referidas por todos os autores, outras competências dos enfermeiros gestores foram distinguidas nestes estudos, nomeadamente: **autodesenvolvimento**; **flexibilidade**; **empreendedorismo**; **confiança** e **organização e planeamento**, (Figura 6).

Figura 6. Competências do Enfermeiro Gestor



Tendo em conta os achados dos estudos denotamos que a necessidade de confrontar a perceção dos enfermeiros gestores/líderes e colaboradores sobre o seu estilo de liderança, as características de personalidade e as competências de gestão, existente nos contextos de trabalho das organizações de saúde, parece evidenciar um alvo de preocupação desde há alguns anos atrás até aos dias de hoje.

Desta análise consideramos importante o facto de todos referenciar nas competências de gestão dos enfermeiros gestores, o estilo de liderança como um fator decisivo para a motivação da equipa. Corroboramos os autores destes estudos, quando referem que a melhoria da satisfação profissional dos colaboradores é crucial para a alta qualidade dos cuidados e são a garantia da eficiência na prestação de cuidados de saúde, Camelo et al. (2016), Vesterinen et al. (2012), Chipeta et al. (2016) e Tau et al. (2018). O enfermeiro gestor é considerado o profissional que tem competências para se transformar na força motriz para a motivação sustentada para a mudança nas organizações de saúde.

Neste contexto, deparamo-nos com a conduta da não existência de um modelo único de competências de enfermeiro gestor para as organizações de saúde, no entanto a sua existência facilitaria a avaliação de competências e a monitorização constante dos resultados do trabalho destes gestores/líderes (Lorber, M. & Skela B. 2011).

Esta revisão integrativa sobre as competências do enfermeiro gestor manifestou ter um impacto muito relevante, considerando os diversos estudos oriundos de países com realidades diferentes, verificamos que o conjunto de atitudes elencadas como importantes ao exercício da posição do enfermeiro gestor mostra-se coerente com o perfil de competências acrescidas avançadas apontado no referencial da OE.

2.1. A atividade do gestor com centralidade na qualidade

Os pioneiros em estudos sobre a qualidade foram os Romanos, ao que tudo indica terão levado a cabo registos sobre a eficiência dos seus hospitais militares. A prova documentada sobre avaliação de cuidados de enfermagem remonta o século XVIII, por *John Howard* e *Elizabeth Fry*, quando descrevem os cuidados prestados aos doentes nos hospitais que visitaram. Posteriormente, *Florence Nightingale* com a sua conduta, também vem analisar os cuidados prestados. Registava por escrito as suas observações e utilizava as observações recolhidas para aferir o nível desses cuidados e melhorar os serviços prestados em áreas deficitárias (Sale, 2000).

Sale (2000) destaca *Isabel Steward*, que no início do século passado procurou formas de mensurar a qualidade dos cuidados de enfermagem e o uso efetivo de recursos disponíveis, teorizando que a qualidade dos cuidados prestados tem repercussões a nível dos custos. Nesta sequência, a importância da avaliação dos cuidados é recomendada e deverá ser realizada por uma equipa multidisciplinar, constituída por enfermeiro-chefe, médico e administrador, onde devem ser discutidos os progressos e avaliados os cuidados prestados a todos os doentes, revendo os registos médicos e de enfermagem num determinado período, prática que foi transportada para uso quotidiano.

Desde então, mundialmente, as enfermeiras passaram a avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes. É nos anos 70 que a prestação de contas e a relação custo /eficácia dos cuidados de saúde se tornou um tópico de grande importância e levou ao aparecimento de sistemas que auxiliassem a enfermagem a determinar a qualidade das suas práticas. Sale (2000) reitera a “qualidade” como é definida pelo *Concise Oxford Dictionary* como “grau de excelência”.

Na perspetiva de Hesbeen (2001), a enfermagem assenta o seu desenvolvimento numa construção que tem como pilar a qualidade dos cuidados e por finalidade a melhoria da qualidade dos mesmos. Expandir e evoluir, para níveis mais exigentes e rigorosos do conhecimento específico da disciplina, na conformidade com similares níveis da qualidade dos cuidados de enfermagem, tornou-se desde há muito tempo uma exigência para a enfermagem e para o enfermeiro gestor e líder.

Nas enfermeiras chefe são depositadas grandes esperanças para desenvolver as estruturas e para melhorar a sua organização. Logo, para garantir a qualidade do serviço prestado

pelos profissionais que nela trabalham... *“as chefias são a alavanca da mudança ou, ainda, no que diz respeito mais precisamente às chefias de enfermagem, que elas são a ponta de lança da mudança, ou seja, uma representação guerreira que se pode transmitir sobre a função de chefia”* (Hesbeen, 2001, p. 79).

Outro conceito de Qualidade, é entendido como *“o grau de satisfação de requisitos dados por um conjunto de características intrínsecas”* (Branco, 2013, p. 113).

O enfermeiro gestor/líder tem seu foco na orientação da equipa que lidera, para que haja harmonia e todos progridam no seu desempenho para a qualidade dos cuidados. A função deste enfermeiro é naturalmente árdua, dado que existe um confronto entre as suas expectativas singulares, a pressão exercida por parte da equipa que chefia ou da hierarquia e as suas próprias convicções e princípios.

Ao mesmo tempo que ele gere todos estes fatores, também tem de organizar a unidade de saúde da qual ele é o “líder”, sem descurar que enquanto enfermeiro gestor, deverá ir ao encontro dos objetivos da organização (Hesbeen, 2001). Acrescenta ainda, que a função principal do chefe é a de dar atenção ao pessoal do seu serviço, a fim de lhe oferecer as melhores condições possíveis para exercer a profissão, desenvolvê-la e nela encontrar satisfação.

Muitas das atenções do enfermeiro chefe estão voltadas para os profissionais de saúde, prestadores de cuidados, no serviço onde exerce funções de chefia, garantindo-lhes as melhores condições de trabalho e a qualidade dos cuidados prestados. O centro das atenções de um chefe é, nesta lógica de ideias, o profissional de saúde e não os utentes e as suas famílias. Estes não deixam de ser importantes, mas a verdade é que cada profissional - quer seja prestador de cuidados diretos quer desempenhe funções de chefia - tem missões diferentes que se complementam. Independentemente do grau hierárquico, um chefe deve zelar pelos interesses do seu colaborador, proporcionando-lhe um ambiente organizacional propício à sua prática de cuidados diários (Hesbeen, 2001).

Seguindo as linhas orientadoras desta autora, é correto referir-mo-nos ao chefe como *“chefe prestador de cuidados”*, na medida em que ele cuida dos que cuidam; de facto, a essência do trabalho do chefe é cuidar da equipa para que esta possa prestar cuidados. Tal como, o profissional de saúde estabelece uma relação de confiança com o seu cliente, também o chefe deverá estabelecer um elo de confiança com a equipa, que deve retribuir da mesma forma: o chefe cuida da equipa e, reciprocamente, a equipa deposita confiança no chefe. A pertinência da qualidade do serviço depende da relação que se estabelece entre o enfermeiro chefe e a equipa.

A missão de um chefe, de acordo com Hesbeen (2001), assenta em vários itens: a) promover, b) organizar, c) comunicar, d) desenvolver, e) deliberar e f) formar (Figura 7).

Figura 7. Itens da missão do Chefe

Promover	Organizar	Comunicar	Desenvolver	Deliberar	Formar
Promover ambiente humanizado; O chefe deve trabalhar em conjunto com a equipa, na promoção de cuidados com qualidade.	Organizar com ordem lógica; O Chefe reorganiza-se de modo a servir os interesses da organização e do serviço.	Transmitir informação, partilha de conhecimentos entre os elementos da equipa; O chefe promove o diálogo, estabelece canais abertos de comunicação.	Fortalecer todas as atividades e todos os conhecimentos que se relacionam com a prática dos cuidados; O chefe coordena todos os fatores que estão na base de todo o processo de desenvolvimento.	Gerir de forma dinâmica com todos os seus colaboradores; O chefe designa-se de conselheiro, partilha com toda a equipa os sucessos e as dificuldades.	Promover a reflexão para a prática dos cuidados, desenvolver modelos organizacionais; O chefe faz formação de forma planeada, coerente e de acordo com as necessidades do serviço e da equipa, tendo em conta a definição de cuidar.

Fonte: Adaptado Hesbeen (2001)

Na realidade portuguesa, o elemento chave é o enfermeiro gestor (que de acordo com o panorama atual inclui os enfermeiros diretores, supervisores, chefes e enfermeiros em funções de direção ou chefia); ele é decisivo para o funcionamento eficaz da organização, devendo ter como capacidade influenciar os pares, dele dependendo a implementação de estratégias, de motivação e de liderança (Frederico & Castilho, 2006).

Corroboramos a ideia que a gestão em enfermagem é elementar para assegurar a qualidade dos cuidados, estando referenciado também no Código Deontológico do enfermeiro na alínea d) do artigo 88 - *“assegurar por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados”*.

2.2 Qualidade em saúde

Na área da saúde, o interesse pelo conceito qualidade é relativamente recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas neste setor ao longo dos últimos tempos. É inegável que a conceção de qualidade em saúde evoluiu e para definirmos a qualidade em saúde, não a podemos dissociar do conceito clássico de qualidade em geral.

D’Innocenzo, M. e colaboradores (2006) defendem que os conceitos de gestão da qualidade foram desenvolvidos no contexto industrial, inicialmente a partir de pensadores norte-americanos e o seu apogeu deu-se na indústria japonesa do pós-guerra.

As avaliações da qualidade têm que se centrar no cliente ou utilizador, ter origem na prática clínica e ser baseada em investigação significativa, sendo essencial uma abordagem sistemática (Gomes, 2004). A qualidade em saúde tem um caráter altamente

subjetivo e complexo, uma vez que está amplamente associado à experiência individual do utilizador aquando do usufruto de cuidados, é difícil definir o seu conceito (Rego, 2015).

Avedis Donabedian foi um grande pioneiro na qualidade em saúde, dedicou-se de maneira sistemática a estudar e publicar sobre qualidade em saúde e absorveu da teoria de sistemas a noção de indicadores de estrutura, processo e resultado adaptando-os ao atendimento hospitalar, abordagens que se tornaram um clássico nos estudos de qualidade no setor da saúde. Este autor promoveu o modelo de interação entre dois fatores que deram contributo para a evolução da qualidade em saúde, nomeadamente, a ciência e tecnologia dos cuidados, e saúde e a aplicação desse conhecimento na prática (D'Innocenzo, M. et al., 2006).

Emergiram os sete componentes da qualidade em saúde ou pilares que sustentam a qualidade em saúde, nomeadamente: a eficácia, a efetividade, a eficiência, a adequação, a otimização, legitimidade e equidade (D'Innocenzo, M. et al., 2006).

Donabedian (2003) e Pereira (2009) enfatizam os constituintes dos processos de desenvolvimento e melhoria da qualidade em saúde, podem ser usados como um padrão condutor para a qualidade, é um modelo conceitual que fornece um enquadramento para examinar os serviços de saúde e avaliação de qualidade dos cuidados de saúde. De acordo com o modelo, as informações sobre a qualidade dos cuidados podem ser extraídas diferentes categorias: "estrutura", "processo" e "resultados". Intensificam, assim, a importância de melhoria da qualidade em saúde, em que não é suficiente a existência da qualidade, mas conhecer como garantir a qualidade desejada, que esta deve ser entendida globalmente e de forma sistémica.

A organização da qualidade faz-se a partir de indicadores de estrutura/processos/resultados, com as suas inter-relações e co-influências, componentes basilares na abordagem dos processos dinâmicos de gestão e melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde, essenciais à correta adequação da oferta dos serviços às necessidades dos clientes. Podem ser utilizados isoladamente, mas a congregação das três componentes traduz uma avaliação da qualidade de saúde mais completa. Sintetizando, a estrutura é caracterizada por aspetos, como as instalações, equipamentos, profissionais e os recursos; o processo como um conjunto de atividades que os profissionais realizam para os clientes, diagnóstico, terapêutica e ações preventivas; e os resultados referem-se a níveis de saúde, aos custos associados e à satisfação dos clientes. (Donabedian, 2003; Pereira, 2009).

Está patente a base do conceito de qualidade em saúde proposto no Plano Nacional de Saúde (PNS) - revisão e extensão a 2020 (2015, p.16), onde é definida como “(...) a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão (...)

implica, ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível.”

A enfermagem, num incentivo de permanente e necessária aproximação à qualidade, reconhece que esta é resultante da conjugação de múltiplos esforços e saberes. Com efeito, *“a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional e tem um contexto de aplicação local. Pois, nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde.”* (OE, 2012, p. 6).

Existem uma série de dificuldades para avaliar a qualidade na área da saúde, mas há uma unanimidade entre os gestores de que é necessário escolher sistemas de avaliação e indicadores de desempenho institucional adequados para apoiar a administração dos serviços e propiciar a tomada de decisão com o menor grau de incerteza possível (D’Innocenzo, M. et al. 2006).

O atual movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem é uma necessidade incorporada à gestão dessas áreas, a fim de assegurar a qualidade nos serviços de saúde. Para tal, é necessário considerar uma série de variáveis, monitorizar indicadores e dar resposta às múltiplas exigências dos clientes. O cliente, enquanto recetor de cuidados é um requisito primordial, aliado ao rigor e eficiência dos processos por forma a acautelar a sustentabilidade do SNS.

Na enfermagem onde o cuidar é a essência da profissão, cabe aos enfermeiros gestores a concentração de esforços em direção aos objetivos propostos que deverá levar à melhoria contínua desta assistência. Além disso, é importante valorizar a conscientização de toda a equipe quanto à sua importância e ao valor de suas ações. Os enfermeiros gestores/líderes são o ponto fulcral da nossa investigação, acreditamos que a estes é-lhes exigido: comprometimento, cooperação, dedicação e aprimoramento contínuos junto da sua equipa de enfermagem, só assim, atingirão os resultados desejados para a qualidade em saúde.

2.3. Qualidade nas organizações

A evolução das sociedades conduziu à exigência de um conceito de qualidade que se tornou intemporal, um princípio ímpar nas organizações. Embora o conceito de qualidade nos seus primórdios esteja ligado aos exponentes setores industriais, hoje esta é uma prioridade transversal a todas as organizações, onde não se podem esquivar as

organizações de saúde. *“O comprometimento das organizações com a qualidade foi sendo desenvolvido ao longo dos anos com o contributo de várias personalidades, cada uma das quais desenvolvendo novas abordagens ou enriquecendo as dimensões já trabalhadas”* (Carvalho et al. 2015, p. 221).

A qualidade das organizações de saúde é entendida por todos como uma meta a ser atingida, corroboramos a ideia destes autores, quando realçam que a qualidade dos cuidados de saúde é a probabilidade dos resultados de saúde desejados por cada indivíduo e pela população em geral aumentarem com a melhoria da qualidade dos serviços prestados pelas organizações de saúde (Fradique & Mendes, 2013).

De seguida, são descritos os contributos da evolução histórica da qualidade. (Tabela 2)

Tabela 2. Contributos para a evolução histórica da qualidade

Walter Shewart	Nos anos 1920 desenvolveu a ferramenta gráficos de controle, e introduziu o termo <i>“quality assurance”</i> .
W. Edwards Deming	Durante a segunda guerra mundial desenvolveu cursos que visavam ensinar técnicas estatísticas de controlo de qualidade aos engenheiros e executivos das empresas que forneciam equipamento militar.
Joseph M. Juran	Acompanhou o trabalho de <i>Deming</i> , e seguiu-o em 1954 para o Japão. O seu contributo tem como foco planeamento estratégico da qualidade.
Armand V. Feigenbaum	Apresenta como contributo significativo o facto de em 1951 ter introduzido os conceitos de controlo de qualidade total e de melhorias contínuas de qualidade.
Philip Crosby	Em 1979, refere que os custos de uma baixa qualidade são superiores aos de implementar ações que permitam melhorar a qualidade. Em 1984, define a gestão da qualidade absoluta que deseja criar as condições para se obterem <i>“zero defeitos”</i> .
Kaoru Ishikawa	Promoveu a utilização dos ciclos de qualidade e desenvolveu em 1982 a ferramenta Diagrama de Causa Efeito (ou Diagrama de Espinha de Peixe). Nos vários contributos dados fica também a referência à grande ênfase dada à importância do consumidor interno.

Fonte: Carvalho et. al, Gestão das Organizações, (2015, p. 221)

Pires, (2016) destaca *Deming*, caracteriza-o como uma das grandes fisionomias da revolução da qualidade, tendo sido ele a pôr em causa o mito da qualidade (melhoria da qualidade, significa aumento de custos). *Deming* desafia a perspetiva de qualidade - em que a qualidade é vista como um elemento que acrescente custos, portanto afeta negativamente a produtividade. Surge uma nova abordagem de qualidade, em que as expectativas dos consumidores são o ponto de partida para a melhoria da qualidade. Neste sentido, dentro da organização há que criar um movimento contínuo de melhorias.

A qualidade da prestação de serviços de saúde é uma preocupação contemporânea da Direção Geral da Saúde (DGS) e para tal foi consagrada no Plano Geral de Saúde (PGS) de 2011/2016 com extensão a 2020.

“A atualização do PNS visa rever e consolidar algumas das intervenções já implementadas, melhorar a qualidade das respostas existentes e desenvolver ações justificadas pelo atual contexto social e epidemiológico. Os desafios atuais de transição demográfica, sustentabilidade económica e ambiental, e a globalização, requerem que os Sistemas de Saúde dos países desenvolvidos revisitem os seus objetivos” (DGS, PGS - 2015, p.4).

Carvalho et al. (2015) descrevem a qualidade como sinónimo de complexidade e magnitude. São intrínsecas à natureza humana as inquietações com a qualidade. Por um lado, os indivíduos têm a percepção de qualidade dos produtos que adquirem e dos serviços que lhe são prestados. Por outro lado, toda a logística que envolve o serviço prestado ou o produto adquirido não são do conhecimento da população.

Corroboramos a opinião de Carvalho e colaboradores (2015, p. 222) *“na implementação de uma cultura de qualidade é necessário que todas as partes da organização interajam e trabalhem com o mesmo objetivo, os processos são implementados corretamente desde o início erradicando falhas tanto quanto possível em todas as tarefas”*.

Às organizações de saúde é exigido, cada vez mais uma qualidade exponencial dos cuidados prestados aos clientes/família/comunidade, exige-se dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, uma formação permanente face às constantes mudanças técnicas e científicas, onde é premente conhecer para perceber, analisar e inovar. Compreendemos que, a saúde e a segurança são dois dos pilares que sustentam a produtividade, cabe às organizações oferecer aos seus trabalhadores condições favoráveis para que estes possam desenvolver as suas atividades, assegurando o seu bem-estar físico e mental (Chiavenato, 2008).

A normalização das boas práticas de gestão da qualidade surgiu com as Normas de Organização Internacional (ISO), tendo sido organizadas e classificadas num sistema de gestão da qualidade disponível, a todas as organizações. A norma ISO define a qualidade como o conjunto de propriedades e características de um produto ou serviço que lhe conferem a capacidade de satisfazer as necessidades implícitas (Carvalho et. al., 2015).

Tabela 3. Família de Normas ISO 9000

Norma	Campo de aplicação
NP EN ISO 9001:2008	Sistemas de Gestão da Qualidade - Requisitos (define a terminologia).
NP EN ISO 9000: 2005	“Sistema de gestão de qualidade - Exigências” - descreve os requisitos relativos a um sistema de gestão de qualidade, quer seja para certificação, utilização interna ou fins contratuais.
NP EN ISO 9004: 2011	“Sistema de gestão de qualidade - linhas diretivas para a melhoria dos desempenhos” - apresenta recomendações, é uma norma de uso interno, que visa a melhoria contínua da qualidade e/ou gestão ambiental.
NP EN ISO 19011:2012	“Linhas diretivas para a auditoria dos sistemas de gestão da qualidade e/ou gestão ambiental” - como a sua designação indica, esta norma está direcionada para a auditoria dos sistemas de gestão da qualidade e de gestão ambiental.

Fonte: Carvalho et. al, Gestão das Organizações, (2015, p. 222-223)

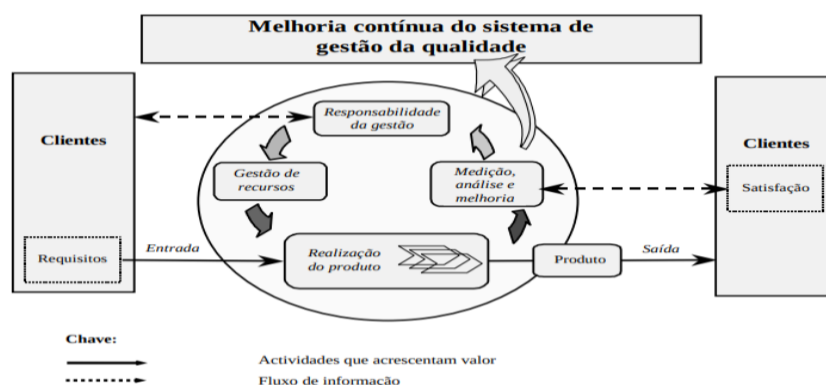
Estas versões refletem uma rutura com o anterior modelo de 1994 (Tabela 3), trazem como premissas base de um sistema de qualidade a focalização na satisfação do cliente e na melhoria contínua. Passa-se da “garantia da qualidade” para a “gestão da qualidade”.

A qualidade é vista como “O grau de satisfação de requisitos dados por um conjunto de caraterísticas intrínsecas” (Branco, 2008, p. 113). Este autor complementa, que hoje começa-se a valorizar a qualidade de uma organização numa perspetiva muito mais global do que a da qualidade propriamente dita dos seus produtos ou serviços.

A nível organizacional a implementação da gestão da qualidade, a nível geral, começa com a sua adoção pelo administrador como “filosofia de gestão”. Os mecanismos para sua implementação são então colocados no lugar, e inicia-se o processo de identificação das áreas de estudo, da avaliação dos processos de trabalho e dos resultados, e da análise dos resultados. Relembra, que tanto a administração como o pessoal deverão ser incluídos, como participantes e como objetos de estudo (Tappen, 2005).

Neste enquadramento, a Norma ISO 9001: 2008 (2008), ostenta uma abordagem da qualidade por processos, onde é realçada a importância do consumidor, enquanto responsável pelos *inputs* que definem os requisitos dos bens/serviços a produzir. O seu nível de satisfação com o bem ou serviço fornecido deve ainda servir como impulsionador de ciclos de melhoria para a organização, (Figura 8).

Figura 8. Modelo de sistema de gestão da qualidade baseado em processos



Fonte: Norma portuguesa EN ISO 9001:2008 - Sistemas de Gestão da qualidade, 2008, p.8

Branco (2012) no caso específico do nosso país, considera a adesão de Portugal à Comissão Económica Europeia, através do Tratado de Adesão (junho de 1985), como ponto de viragem no que diz respeito ao foco das organizações para a implementação de programas de gestão da qualidade.

A abertura de fronteiras comerciais acarretou, não apenas à regulamentação externa, mais exigente nos processos de produção e controlo dos produtos, assim como ao aumento da concorrência, forçando as empresas nacionais a mudanças que lhes possibilitassem ser mais competitivas, através da qualificação dos seus colaboradores (Branco, 2012).

O Instituto Português da Qualidade (IPQ) é criado em 1986, através do Dec. Lei n.º 183/86, de 12 de julho, com o objetivo de assegurar a “ (...) procura da qualidade de produtos e serviços para o aumento da qualidade de vida dos cidadãos, aumento da competitividade

das atividades económicas num contexto de progressiva liberdade de circulação de bens" (IPQ, 2019, em linha).

Tappen (2005), anteriormente, reforçava que a criação de um programa de melhoria da qualidade a nível organizacional deveria na realidade preceder o trabalho ao nível da unidade. A elaboração de um programa de melhoria da qualidade a nível de uma organização é responsabilidade da gestão. O primeiro passo é a definição da filosofia da organização, face à melhoria da qualidade. Posteriormente têm de ser montados os mecanismos de implementação de melhoria da qualidade. Finalizando, uma vez definidos os mecanismos, inicia-se o trabalho de melhoria contínua da qualidade. O conselho de qualidade ou outro organismo administrativo é o responsável por avaliar a eficácia dos esforços e dos resultados, da melhoria contínua da qualidade na organização, e revê o processo necessário.

Pires (2016, p. 49) vem reforçar que o Sistema da Gestão Qualidade (SGQ) *"é o conjunto de medidas organizacionais capazes de transmitirem a máxima confiança de que um determinado nível da qualidade aceitável está sendo alcançado ao mínimo custo"*. É um sistema de gestão da organização que compreende todas as atividades que possam de algum modo afetar a qualidade do produto e/ou serviço, ou o modo como a qualidade é entendida pelo cliente - consumidor.

A elaboração e a operacionalização de modelos capazes de monitorizar os processos de reorganização das práticas nas organizações de saúde do nosso país, e as suas relações com as necessidades de cuidados dos clientes, em contextos determinados, constituem requisitos para a afirmação do projeto de melhoria contínua do sistema de gestão da qualidade com sucesso, onde o contributo do enfermeiro gestor é sem dúvida uma mais-valia.

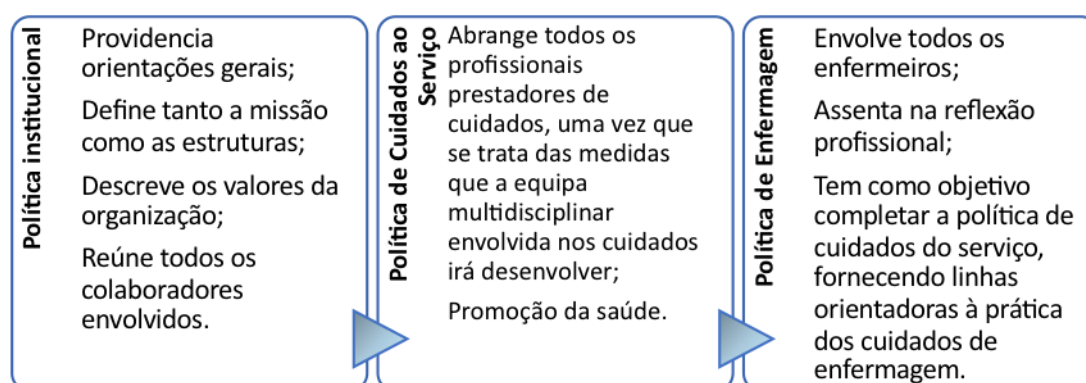
2.4. Qualidade nos serviços

Os serviços são atividades especializadas que as organizações oferecem ao mercado. São produtos que nem sempre se conseguem manipular com as mãos. Os serviços podem assumir uma grande variedade de características e de especializações. Existe uma variedade considerável de organizações prestadoras de serviços, em que a sua missão é oferecer atividades especializadas ao mercado (Chiavenato, 2005).

Temos consciência que os serviços têm vindo a crescer de um modo significativo assim, como o grau da exigência da sociedade moderna face aos mesmos. A qualidade oferecida pelos serviços aos clientes não pode ser descorada da prática diária das organizações de saúde.

Relativamente, ao serviço de enfermagem dir-se-á que é nele que se estruturam todas as práticas relativas aos cuidados. Estas ações relacionam-se com os três diferentes tipos de políticas que poderão ser utilizadas em enfermagem (Hesbeen, 2001), (Figura 9).

Figura 9. Tipos de políticas de serviços



Fonte: Adaptado de Hesbeen (2001)

Qualidade é definida como a conformidade com as necessidades do utente, em oposição à não conformidade. O processo de melhoria de qualidade segue um padrão baseado na resolução dos problemas. Esta autora acautela, que o objetivo da melhoria contínua da qualidade é alcançar resultados ótimos nos doentes, mantendo os custos razoáveis. Considera a melhoria contínua da qualidade ser um processo contínuo e cíclico, e é um *“esforço contínuo para se prestar serviços que atinjam, ou excedam, as expectativas dos utentes através de um processo sistematicamente estruturado”* (Tappen, 2005, p.446).

Tappen (2005) descreve que a melhoria contínua da qualidade consiste em quatro elementos básicos (Figura 10).

Figura 10. Melhoria Contínua da Qualidade



Fonte: Adaptado de Tappen (2005)

Tappen (2005) relembra que ao passo que a melhoria contínua da qualidade se converte numa filosofia de administração, que permeia todos os aspetos da organização de cuidados de saúde, a melhoria contínua da qualidade traduz-se na Gestão da Qualidade. A gestão da qualidade a nível geral é uma causa que interpõe por toda a organização e a sua implementação requer dedicação da administração altamente pró-ativa e participativa, e a participação de todos os colaboradores.

Os procedimentos para recolha de dados num programa de melhoria da qualidade, vão depender do propósito do programa. Usam-se variados métodos para obter as informações necessárias, incluindo auditorias das fichas, observação, entrevista, questionários e grupos de intervenção (Tappen, 2005).

Potra (2015) reforça que os enfermeiros gestores ocupam uma posição de gestão numa das áreas mais cruciais destas organizações, nas unidades prestadoras de cuidados. Caracteriza-os como a linha da frente dos serviços de saúde e complementa que é nas unidades prestadoras de cuidados que se operacionalizam a maioria das decisões sobre os processos de saúde/doença dos clientes, que estas têm mais impacto e onde devem ser tomadas com maior rapidez e eficiência.

Neste enquadramento, podem usar-se procedimentos de melhoria da qualidade para saber quais os resultados dos cuidados aos doentes numa determinada Unidade. A Unidade no seu desempenho pode ser comparada com um padrão institucional de eficácia de custos. E o funcionamento de toda a organização pode ser confrontado a um padrão de cuidados de saúde, alargado ao sistema, ou a uma referência (Simpson, 1994; Tappen, 2001).

Fradique e Mendes (2013) afirmam que a qualidade dos serviços de saúde em Portugal é adotada por todos como uma meta a ser atingida. A qualidade dos serviços reflete-se na qualidade dos cuidados e é a probabilidade dos resultados de saúde desejados pelos indivíduos e população crescerem com a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Tappen (2005) acrescenta que o espaço temporal usado num programa de melhoria da qualidade pode ser retrospectivo (avaliando o desempenho do passado), simultâneo (avaliando o desempenho atual), ou prospetivo (orientado para o futuro, recolhendo dados à medida que ocorrem). São usados elementos da melhoria da qualidade para se verificar não só se tiveram lugar as intervenções apropriadas e se registaram os resultados desejados, mas também quanto tempo se levou e quais os custos.

Acreditamos que os programas de melhoria da qualidade são uma componente indispensável nas nossas organizações de saúde, são uma mais-valia na identificação dos custos e dos ganhos que se poderá obter, contudo, com a perícia de não afetar os processos dos cuidados. Por conseguinte, de forma a mensurar os esforços voltados para o alcance da qualidade da assistência prestada ao cliente aliam-se a existência das entidades reguladoras e de acreditação, com o seu patamar de exigência às organizações

cada vez mais complexo, aprimorado e eficaz, para avaliações da qualidade dos cuidados e particularmente dos resultados obtidos.

A qualidade da prestação de serviços de saúde é uma preocupação contemporânea, constitui um elemento fundamental das políticas de saúde para o planeamento, intervenção e avaliação da qualidade dos cuidados de saúde. A estratégia de saúde tem como relevância, a acessibilidade, a contratualização, sistemas de qualidade, gestão e ganhos em saúde. Em Portugal, verificamos que a qualidade é uma grande prioridade no que concerne à melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde.

Nesta sequência, vamos explicar a qualidade na vertente dos cuidados de enfermagem.

2.5. Qualidade nos cuidados de enfermagem

Ao falarmos em prestação de cuidados, indiscutivelmente, referimo-nos ao cuidar e a prestar cuidados, numa perspetiva de enfermagem. Collière (1999) menciona cuidar e prestar cuidados como sendo, antes de mais, um ato de vida, cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios desde que adquirimos autonomia, mas é, simultaneamente o ato de tratar daqueles que, não sendo autónomos, necessitam de cuidados temporários ou definitivos.

O cuidar é a atividade inerente a todos os profissionais que se consideram prestadores de cuidados, isto é, que tomaram a decisão de tratar de quem necessita e que, por si só, não é capaz de o fazer. Nos diferentes contextos em que é praticado o cuidado, deriva do encontro e da caminhada em comum entre a pessoa e o profissional de saúde, em que a intenção é ajudar (Hesbeen, 2001).

Fradique e Mendes (2013) revelam que a qualidade em enfermagem exige reflexão sobre a prática, de modo a definir objetivos do serviço que se vai prestar, e delinear as estratégias possíveis para atingir esses objetivos, o que exige algum tempo para pensar nos cuidados prestados.

Noutra perspetiva, Hesbeen (2001) considera que os prestadores de cuidados são pessoas com qualidades especiais, muito diversificadas que se colocam ao serviço das pessoas, prestam-lhes cuidados de saúde. Os serviços de prestação de cuidados diretos implicam

uma ligação entre o doente e o cuidador ou prestador de cuidados, na pessoa do enfermeiro, com o objetivo de promover a qualidade dos cuidados.

Tappen (2005) adverte que o envolvimento na melhoria da qualidade começa a nível do pessoal de enfermagem e estende-se até ao topo da administração. É um processo que exige clarificação e articulação entre o que os enfermeiros fazem e o impacto que as suas ações devem ter nos resultados dos cuidados.

Fradique e Mendes (2013) alertam que é importante que todas as instituições de saúde se preocupem em proporcionar condições aos profissionais para que seja implantada a qualidade e esta faça parte da rotina dos enfermeiros.

Hoje, comprova-se a qualidade numa mudança de paradigma, que evoluiu para a perspetiva da satisfação das necessidades dos clientes, numa melhoria contínua, com objetivo de obter melhores resultados, com a envolvimento de todos as pessoas. Existe uma filosofia principal da gestão da qualidade que, segundo Pires (2016), a qualidade não está apenas, nem fundamentalmente na produção/prestação de serviço, mas cada vez mais na interface da organização com os seus clientes.

O foco da atenção dos cuidados de enfermagem são a promoção dos projetos de saúde que cada individuo vive e persegue, daí que se previne a doença promove os processos de readaptação e satisfação das necessidades. Cabe ao enfermeiro coordenar e gerir todos os cuidados prestados ao utente (Fradique & Mendes, 2013).

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE):

“A enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (OE, 2012, p. 12).

Em 2001, a Ordem dos Enfermeiros (OE) publicou os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento conceptual e enunciados descritivos, tendo por objetivo a implementação de sistemas de qualidade em saúde, com base nas referências internacionais: Organização Mundial de Saúde e Conselho Internacional de Enfermeiros. Assim, no documento surgem seis enunciados descritivos: A satisfação do cliente; A promoção da saúde; A prevenção de complicações; O bem-estar e o autocuidado; A readaptação funcional; A organização dos cuidados de enfermagem. Apresentamos de seguida os enunciados descritivos, (Figura 11).

Figura 11. Enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem

Satisfação do cliente	•Garantir elevados níveis de satisfação dos clientes.
Promoção da saúde	•Ajudar o cliente a maximizar o seu potencial de saúde.
Prevenção de complicações	•Prevenir complicações para a saúde dos clientes.
Bem-estar e autocuidado	•Maximizar o bem-estar dos clientes e complementar as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente.
Readaptação funcional	•Desenvolver processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde.
Organização dos cuidados de enfermagem	•Contribuir para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem.

Fonte: Adaptado de Ordem dos Enfermeiros (2012, p. 13-18)

É neste pressuposto e na sequência da definição e divulgação dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem que a OE pretende que este instrumento não se identifique como um fim em si mesmo, mas antes seja assumido como um instrumento para a pesquisa das melhores respostas em cuidados aos cidadãos, útil para os enfermeiros e as instituições prestadoras de cuidados de saúde, na persecução do objetivo da excelência do serviço que prestam.

Corroboramos a opinião de Fradique e Mendes (2013) quando referem que os clientes assumem cada vez mais a sua posição, pois estão mais atentos aos seus direitos e deveres, o que implica dar ênfase, à importância do papel do planeamento e avaliação dos serviços de saúde. A qualidade dos cuidados constitui uma importante meta a atingir pelas diferentes instituições que integram o SNS e as consequências de uma boa prática de enfermagem são evidentes quando determinam ganhos em saúde para os clientes a quem se destinam as intervenções.

O tema da qualidade em saúde, e da enfermagem em particular, destaca uma ideia que se reporta como basilar - a qualidade implica quantificação/objetivação do seu valor, uma vez que se não houver exigências claras, a qualidade torna-se algo apenas subjetivo, logo difícil de medir e partilhar. Para tal, a OE, após a definição dos seus padrões de qualidade, recomendou a construção de indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2004), expondo desse modo o legítimo interesse dos enfermeiros em procurar indicadores que desafiem a qualidade do seu exercício.

A qualidade e segurança dos cuidados prestados aos cidadãos estão diretamente incorporados com a qualidade da prática dos enfermeiros da área da gestão - enfermeiros gestores competentes circunscrevem cuidados de saúde de qualidade. Nas diferentes organizações à noção de competência especializada sobrepõem-se noções de competência múltipla, de competências transversais, competências-chave, entre outras. Denominações

que revelam outras necessidades e preocupações, as quais já não se resumem à especialização no posto de trabalho, à estabilidade de emprego, à lentidão das transformações (APEGEL, 2009).

Guerra (2015) reitera que a adequação das dotações de enfermeiros às necessidades de saúde dos clientes tem vindo a ser debatida desde há muito tempo. Este autor elenca que existe uma forte evidência científica na correlação entre as dotações de enfermeiros nos serviços e os resultados observáveis nos clientes, esses resultados são sensíveis aos cuidados de enfermagem com qualidade. Verificou ainda, que existe uma correlação entre o défice de cerca de duas horas de cuidados, para cada doente e a duração do internamento do cliente, demonstrando que quanto menor for esse défice menor é o internamento.

Neste enquadramento, corroboramos com a visão de que o cuidado prestado ao cliente é complexo, logo os profissionais de enfermagem precisam dispor de conhecimento técnico-científico, possuir competências e habilidades específicas e conhecer as normas da organização onde desempenham a sua atividade, bem como os equipamentos utilizados e os procedimentos realizados, num determinado período de horas de serviço. Entende-se assim, que a qualidade nos cuidados aumenta quando as dotações dos enfermeiros, as práticas, os procedimentos, os protocolos, as rotinas, as técnicas e os equipamentos utilizados pelos enfermeiros forem adequados, complexos e por si só seguros.

Reiteramos que o exercício de funções de gestão por enfermeiros não é um tema novo e neste contexto consideramos que a área da gestão da qualidade dos cuidados em enfermagem dificilmente será compreendida sem uma visão da essência da enfermagem - o cuidar. Desenvolver esforços para a integração de perspetivas específicas nas práticas da gestão dos cuidados de enfermagem (no que se refere às dotações seguras de enfermeiros) promove a segurança e a qualidade dos cuidados e é essencial nas organizações de saúde.

CAPÍTULO II. PREPARAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO

No decurso da fase metodológica, são determinados os métodos a utilizar para obter as respostas às questões de investigação colocadas. Nesta etapa, é escolhido um desenho apropriado para explorar e descrever um fenómeno. Aqui definiremos a população, a amostra, qual a escolha dos instrumentos de colheita de dados, assim como uma previsão de recursos. Resumidamente, a metodologia é o modo de conduzir a pesquisa, o conhecimento geral e habilidade que são necessárias ao investigador para se orientar ao longo de todo o processo; tomadas de decisões oportunas, selecionando conceitos, técnicas e dados adequados.

A investigação científica constitui o método por excelência que permite produzir novos conhecimentos (Fortin, 2009). Este prevalece sobre todos os outros métodos de aquisição de conhecimento, como sendo o mais intransigente e o mais aceitável, uma vez que assenta num processo racional. É provido de um poder descritivo, explicativo e preditivo dos factos, acontecimentos ou fenómenos. Um dos aspetos que o distingue dos outros métodos é o facto de poder ser corrigido de acordo com a sua progressão e, repor em questão tudo o que ele propõe. Para que os conhecimentos empíricos sejam transmissíveis, é necessário validar a sua ação, através da investigação (Fortin, 2009).

A investigação científica é um processo sistemático, efetuado com o objetivo de validar conhecimentos já estabelecidos e de produzir outros novos, que vão de forma direta ou indireta, influenciar a prática. O campo de conhecimento da enfermagem é ampliado através da investigação, com ele edifica-se a base científica que suporta a prática e assegura a credibilidade e identidade intrínseca da profissão. (Burns & Grove, 1993; Fortin 1999).

3. DESENHO DO ESTUDO

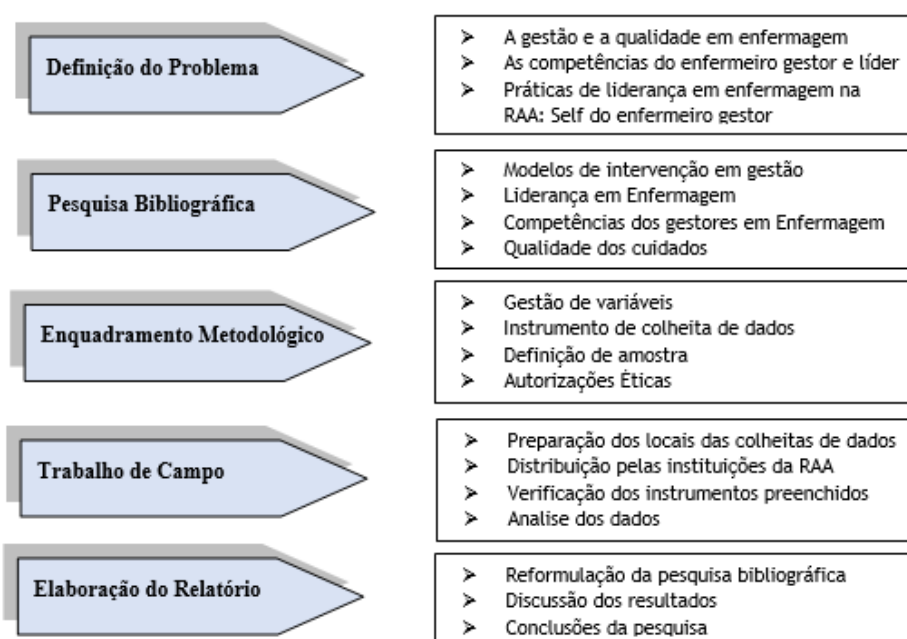
Verificadas as metodologias existentes, optámos por aquela que nos parece mais pertinente em relação aos objetivos do nosso estudo e dos recursos que dispomos para a sua concretização. Assim, o método de investigação para este processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis foi o método de cariz quantitativo. A

abordagem reflete um processo complexo, que traduz resultados que devem conter menor enviesamento possível. Contribuímos para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos, oferecendo em paralelo a possibilidade de generalizar os resultados, de prever e de controlar os mesmos (Fortin, 2009).

Este estudo insere-se no paradigma quantitativo, considerando que a investigação quantitativa *“apoia-se na crença de que os seres humanos são compostos por partes que podem ser medidas. Assim, as características fisiológicas, psicológicas e sociais podem ser medidas e controladas, abstraindo-se da situação em que se encontram os participantes”*. (Fortin, 2009, p. 29) preconiza que para melhor conhecer o fenómeno é melhor decompô-lo nos seus elementos constituintes e identificar a relação entre eles do que considerá-lo na sua totalidade.

Face ao que planeamos, também o poderemos considerar de carácter exploratório descritivo, porque pretende conhecer a perceção dos enfermeiros gestores e líderes da RAA, sobre o seu perfil de liderança através do relato nas vertentes positiva e negativa relativamente à sua experiência em gestão. Existe uma previsibilidade nos fenómenos humanos que também são controláveis (Burns & Grove, 2001; Fortin, 2009). Considerando as especificações do estudo, procuramos definir as variáveis de forma operacional, recolhendo metodicamente os dados e efetuando uma análise com apoio de técnicas estatísticas. Para melhor compreensão do processo de pesquisa apresentamos a figura representativa do desenho do estudo (Figura 12).

Figura 12. Desenho do estudo



O desenho do estudo pretende demonstrar o processo desenvolvido para conseguir compreender a atividade dos enfermeiros gestores e líderes da RAA.

Objetivos Específicos:

- Analisar as competências mais representativas desenvolvidas pelos enfermeiros gestores e líderes da RAA.
- Analisar a relação entre as competências dos enfermeiros gestores e líderes da RAA e as suas características sociodemográficas e profissionais.

Todo o processo de pensamento e opções foram planeados e seguidos de acordo com as particularidades que de seguida descrevemos e tem como finalidade contribuir para a melhoria do trabalho dos enfermeiros gestores e líderes da RAA.

3.1 Questões de investigação

Espelha-se nos contextos organizacionais atuais uma exigência crescente de procura constante nos ganhos de qualidade, é imperativo que as instituições de saúde têm de acompanhar esta mudança imposta e para tal, potenciar a garantia de tomadas de decisão assertivas por parte dos seus colaboradores, e consequentemente mais efetividade na melhoria da qualidade dos cuidados. Optou-se por delimitar este estudo aos enfermeiros gestores, por considerar que estes têm um papel ímpar e de grande impacto dentro da sua equipa e organização. Este papel deve ser sustentado na qualidade de cuidados idealizada para o serviço, quer na gestão corrente quer na formação em serviço.

“A conceptualização do assunto de estudo numa investigação quantitativa começa com a formulação de uma questão clara e implica a sequência linear de etapas bem definidas” (Fortin, 2009, p. 30). Considerando esta premissa e dando continuidade à pergunta de partida: **“Será que os Enfermeiros Gestores e Líderes da RAA desenvolvem as competências acrescidas avançadas na sua área de atuação?”**.

“A questão de investigação constitui o elemento fundamental do início de uma investigação” (Ribeiro, 2008, p. 35). À questão de investigação segue-se a formulação dos objetivos da investigação. Os objetivos por sua vez representam aquilo que o investigador se propõe fazer para responder à questão de investigação (Ribeiro, 2008).

Fortin (2009, p. 53) *“Uma questão de investigação é uma interrogação precisa, escrita no presente e que inclui o ou os conceitos em estudo. Ela indica claramente a direção que se entende tomar, quer seja descrever conceitos ou fenómenos, como nos estudos descritivos, quer seja explorar relações entre conceitos, como nos estudos descritivos correlacionais.”*

Neste enquadramento, conceptualizamos várias questões de investigação, procurando clarificar de uma forma precisa o caminho a percorrer, permitindo o desenvolvimento deste estudo, designadamente:

- “Será que existem diferenças significativas entre os enfermeiros gestores e líderes da RAA e as suas características sociodemográficas?”
- “Será que existem diferenças significativas entre os enfermeiros gestores e líderes da RAA e o seu grau académico?”
- “Será que existem diferenças significativas entre os enfermeiros gestores e líderes da RAA detentores de título de especialização em enfermagem?”
- “Será que existem diferenças significativas entre os enfermeiros gestores e líderes da RAA nas diferentes áreas de especialização em enfermagem?”
- “Será que existem diferenças significativas entre os enfermeiros gestores e líderes da RAA detentores de pós-graduação na área da gestão?”
- “Será que existem diferenças significativas entre os enfermeiros gestores e líderes das Unidades de Saúde e os gestores e líderes dos Hospitais da RAA?”
- “Será que existem diferenças significativas entre os enfermeiros gestores e líderes do Setor Público e do Setor Privado da RAA?”
- “Será que existem diferenças significativas entre os enfermeiros gestores e líderes da gestão de topo e os enfermeiros gestores e líderes da gestão intermédia da RAA?”

Neste enquadramento, Fortin (2009, p. 72) difunde que *“a formulação da questão de investigação constitui uma parte importante da investigação e determina o ângulo sob o qual o problema será considerado, o tipo de dados a colher, assim como a análise a realizar”*. Assim, são consideradas as questões que nos vêm à ideia sobre o tratamento dos conceitos, existe a necessidade de explorá-los, descrevê-los, definir as suas relações mútuas ou prever e verificar a eficácia da investigação. *“As questões de investigação são as que pressupõe um processo científico suscetível de fornecer conhecimentos generalizáveis”* (Fortin, 2009, p. 72).

3.2 Variáveis em estudo

Numa investigação quantitativa, o investigador define as variáveis de forma operacional, assim, é recolhida metodicamente os dados verificáveis junto dos participantes e estes são analisados com ajuda de técnicas estatísticas. Nesta sequência, são reunidos os esforços para serem eliminadas todas as variáveis estranhas que possam colocar em causa ou afetar os resultados da investigação.

Falar de variáveis no seu âmbito geral presume as características ou qualidades que o investigador estuda. Segundo Fortin (2009, p. 36), as variáveis são, *“qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação, uma variável pode tomar diferentes valores (...) é um parâmetro ao qual os valores numéricos são atribuídos”*. Reforça que, *“as variáveis formam a substância das questões..., que devem ser definidas ao mesmo tempo que o quadro teórico ou conceitual (...)”* (Fortin, 2009, p. 53).

Por sua vez, Polit (2004), refere que a variável pode assumir diferentes valores, podendo ser qualquer qualidade de uma pessoa, grupo ou situação e que podem ser classificadas de acordo com o papel que desempenham no estudo.

Tendo em conta o preconizado pelos diferentes autores, neste estudo propomo-nos explorar as seguintes variáveis:

- Prática profissional, ética e legal;
- Gestão de cuidados;
- Gestão de recursos humanos;
- Intervenção política e assessoria;
- Desenvolvimento profissional.

Para compreender os conceitos que suportam este conjunto de variáveis, procedeu-se à sua codificação, de forma a decompô-las, tornando-as mais objetivas e mais simples a partir de categorias, dimensões e indicadores de medida, conforme apresentamos nos quadros seguintes.

Quadro 1. Variáveis institucionais

Categorias	Dimensão	Indicador
Natureza da Instituição	Hospital	Sim / Não
	Comunidade	
	Pública	
	Privada	
Área de atuação	Gestão de Topo / Assessoria	Sim / Não
	Gestão de Serviços ou Unidades	

A variável institucional apresenta-se com as categorias: natureza da instituição e área de atuação profissionais que ajudarão a diferenciar os participantes do estudo.

Quadro 2. Variáveis sociodemográficas e profissionais

Categorias	Dimensão	Indicador
Gênero	Masculino / Feminino	Sim / Não
Idade		Anos completos
Grau académico	Pós-graduações / Mestrados e outros	
Exercício Profissional	Profissional	Anos completos
	Exercício no serviço atual	
	Exercício na área da gestão	
	Especialidade	Sim / Não

A análise de variáveis sociodemográficas tem como objetivo caracterizar a amostra, traçando o seu perfil em termos características pré-existentes nos indivíduos em estudo, permitindo obter um perfil demográfico dessa amostra (Coutinho, 2011).

Nas variáveis sociodemográficas e profissionais associamos as características dos indivíduos participantes. Uma forma de definir melhor o perfil dos intervenientes da população em estudo é a designação de variáveis sociodemográficas no estudo, assim consideramos a agregação a este conceito o género, idade, exercício profissional, habilitações literárias e especialização por graus académicos.

As variáveis profissionais tiveram como objetivo a caracterização da amostra em relação à experiência profissional, fornecendo ainda dados importantes para perceber o modo como estas poderão influenciar outras variáveis, como a perceção do perfil de competências do enfermeiro gestor da RAA.

Em relação à variável atividades do enfermeiro gestor, ao ser operacionalizada permite analisar o perfil dos enfermeiros gestores no que se refere às suas atividades de gestão na sua globalidade, sendo que no desenvolvimento do estudo vamos procurar compreender com mais profundidade a relação da promoção da formação formal e informal da equipa do serviço.

Quadro 3. Variáveis das atividades do enfermeiro gestor

Categorias	Dimensão	Indicador
Prática Profissional, Ética e Legal	Preocupa-se com os valores dos enfermeiros	1 a 4
	Preocupa-se com os valores dos doentes	
	Discute questões éticas relacionadas com os cuidados com a sua equipe	
	Controla o respeito pela privacidade e individualidade do doente	
	Garante condições legais para os cuidados e exercício profissional	
Gestão de Cuidados	Discute com os enfermeiros decisões sobre cuidados	1 a 4
	Promove a tomada de decisão clínica	
	Acompanha a execução de cuidados de forma planeada	
	Prevê e assegura os meios e recursos necessários à prestação de cuidados	
	Discute riscos dos doentes face aos cuidados e condições do serviço	
	Toma decisões de forma a garantir os melhores cuidados para os doentes	
	Garante dotações seguras de acordo com os padrões de qualidade da profissão	
	Analisa e avalia a qualidade dos cuidados e implementa medidas corretivas	
	Orienta cuidados de maior complexidade	
	Desenvolve planos de melhoria contínua da qualidade	
	Elabora, aplica, avalia e atualiza procedimentos orientadores da utilização de equipamento e material	
	Contribui para o desenvolvimento das boas práticas, através da utilização adequada dos recursos materiais existentes na unidade	
	Garante ambientes seguros, identificando, gerindo riscos e introduzindo medidas corretivas	
	Gere as situações clínicas graves, tanto quanto aos doentes e famílias como quanto à equipa	
Gestão de Recursos Humanos	Promove reuniões com os enfermeiros	1 a 4
	Assiste à passagem de turno	
	Avalia o desempenho dos enfermeiros	
	Coordena o processo de integração dos colaboradores e assume um papel de referência	
	Calcula as necessidades de enfermeiros de acordo com as condições dos serviços	
	Afeta os enfermeiros segundo a intensidade e complexidade dos cuidados, através de metodologias que permitam calcular, em antecipação, o número de horas de cuidados necessários	
	Cria, mantém e desenvolve a coesão, o espírito de equipa e um ambiente de trabalho, gerindo conflitos	
	Distribui os enfermeiros de acordo com as necessidades dos doentes	
	Promove o empenhamento e a motivação da equipa (visão global)	
	Garante mecanismos de comunicação formal da equipa e de outros colaboradores	
	Assegura a planificação, a organização, a coordenação e a avaliação da qualidade dos serviços de apoio	
	Atua como formador na equipa multi e intra disciplinar	
	Promove e avalia a satisfação profissional dos enfermeiros e de outros colaboradores	
	Cria e mantém as condições para um trabalho cooperativo no seio da equipa	
Intervenção Política e Assessoria	Participa na definição e implementação de políticas de saúde do hospital	1 a 4
	Participa no planeamento estratégico do serviço	
	Elabora relatórios de serviço	
	Concebe e operacionaliza projetos no serviço, implica-se e implica a equipa no desenvolvimento e na implementação de projetos organizacionais	
	Adapta os recursos materiais às necessidades, tendo em conta a relação custo-benefício	
Desenvolvimento Profissional	Participa em grupos de trabalho e comissões na área da gestão de risco clínico e não clínico	1 a 4
	Promove a enfermagem baseada na evidência	
	Promove a formação formal e informal da equipa	
	Estimula os enfermeiros à autoformação	
	Proporciona espaços de reflexão sobre as práticas de forma a promover o empenhamento da equipa na gestão das suas próprias competências	

A operacionalização da variável ajuda a compreender o objeto do estudo e a prosseguir na análise do problema.

3.3 Instrumento de colheita de dados

A escolha do método de colheita de dados esta correlacionada com as variáveis estudadas e a sua operacionalização, entre os principais instrumentos de medida em uso Fortin, (2009) menciona a observação, a entrevista, o questionário e a escala de medida. Nesta etapa foi então determinado o instrumento de colheita de dados.

Tendo em conta o tipo de estudo, o tamanho da amostra e o tempo disponível para a obtenção dos dados, optámos pela elaboração de um questionário (ANEXO II), sendo um dos métodos mais empregues em estudos de investigação (Fortin, 2009). Trata-se ainda de um instrumento facilmente divulgado, permitindo um largo alcance. Porém, apresenta algumas desvantagens como baixa taxa de adesão à resposta, assim como a impessoalidade e menor “riqueza” da informação que permite obter (Fortin, 2009; Coutinho, 2011).

A colheita de dados foi realizada por um questionário de autopreenchimento dirigido aos enfermeiros gestores: enfermeiros nas chefias de topo, enfermeiros nas chefias intermédias e enfermeiros nas chefias operacionais. Mais concretamente, aos enfermeiros que estão nas chefias de topo das administrações das organizações de saúde da RAA; aos enfermeiros que estão nas categorias “subsistentes” de acordo com o Dec. Lei 122/2010, Art. 6 ponto, 2 - *“Os enfermeiros-chefes e enfermeiros-supervisores titulares das categorias referidas no número anterior mantêm o conteúdo funcional previsto no Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro”*; e aos enfermeiros que estão a exercer funções de chefia por nomeação não regulamentada legalmente, ou seja, sem procedimento concursal, todos estes enfermeiros gestores / líderes da RAA constituíram a nossa população em estudo.

Segundo Amaro (2005), o questionário é um instrumento de investigação, que visa recolher informações, baseadas na inquisição de um grupo se colocam questões de interesse para o investigador, cuja técnica de recolha de dados, tem uma exposição direta entre quem recolhe e fornece a informação, embora não existindo uma interação direta entre o investigador e os inquiridos. A opção metodológica deve-se à facilidade em interrogar um elevado número de pessoas, num espaço curto de tempo e com a dispersão territorial arquipelágica, como é a situação singular do arquipélago dos Açores.

Este instrumento compreende um conjunto de questões, dirigidas aos enfermeiros gestores com objetivo de recolher informações sobre factos, opiniões, que expressam as dimensões das variáveis.

Uma das grandes vantagens descritas dos questionários é a sua possibilidade de atingir uma amostra significativa, mobilizando menos recursos, permite que os inquiridos respondam em momentos mais apropriados, garantindo o anonimato e reduzindo a possibilidade de influência. O questionário utilizado foi estruturado de forma a garantir a maior facilidade de preenchimento por parte dos enfermeiros gestores / líderes, nomeadamente uma introdução que explicita os objetivos do estudo e dá instruções sobre o preenchimento, bem como um conjunto de siglas que são utilizadas no corpo do questionário.

Parasuraman et al. (2006) enumeram algumas vantagens das questões com resposta fechada, tais como: rapidez e facilidade de resposta; facilita a categorização das respostas para posterior análise; maior uniformidade, rapidez e simplificação na análise das respostas; permite contextualizar melhor a questão.

O questionário é composto por uma Escala de Percepção do Trabalho do Gestor em Enfermagem (EPTGE) autodirigido e validado em Portugal, que foi autorizada a sua utilização pelas autoras e cujo o score pode variar de 43 a 172 pontos. Estão representadas as diferentes atividades do enfermeiro gestor: Prática Profissional, ética e legal (5 atividades variação de 5 a 20 pontos), Gestão de Cuidados (14 atividades com variação de 14 a 56 pontos), Gestão de recursos humanos (14 atividades com variação de 14 a 56 pontos), Intervenção Política e Assessoria (6 atividades com variação de 6 a 24 pontos), Desenvolvimento Profissional (4 atividades com variação de 4 a 16 pontos) e cada atividade foi classificada como sendo realizada: nunca (1 ponto), poucas vezes (2 pontos), algumas vezes (3 pontos) e sempre (4 pontos).

Optou-se por uma escala de quatro pontos para evitar a opção de tendência central nas respostas. O total de variação da escala é de 43 a 172 pontos situando-se os 43 como a situação de não fazer atividades de gestão e o 172 o fazer atividades de gestão de acordo com a melhor representação destas atividades. O *Alfa de Cronbach* é um índice empregue para medir a confiabilidade da consistência interna de uma escala, ou seja, avaliar a magnitude em que os itens de um instrumento estão correlacionados (Almeida et al., 2010). Sendo *Alfa de Cronbach* do instrumento original $\alpha = 0.920$ e na amostra estudada $\alpha = 0,830$.

Neste estudo o questionário, tratou-se de um instrumento constituído por questões associadas às percepções do trabalho do gestor de enfermagem correlacionadas com as competências acrescidas avançadas do enfermeiro gestor. O questionário foi planificado em dois grupos, sendo o primeiro grupo constituído por 8 questões: a identificação do serviço e as questões sociodemográficas (o género, idade, anos de exercício profissional,

anos de exercício na área de gestão, anos no atual serviço, área de especialidade e graus académicos).

O segundo grupo organizado com 12 questões fechadas relacionadas com a atividade do enfermeiro gestor, no que concerne à auto percepção das atividades desenvolvidas na área da gestão, tendo como referência as competências acrescidas avançadas do enfermeiro gestor da OE.

3.4 Procedimentos

A aplicação das preferências metodológicos e seleção dos instrumentos utilizados na recolha de dados no terreno conferem uma vastíssima complexidade dos estudos, induzindo o investigador a “a necessidade de descrever, com pormenor, os pontos de partida da pesquisa, os seus contornos, a pertinência das opções metodológicas, o seu próprio posicionamento no terreno e o saber produzido em contexto” (Abreu, 2001, p. 143), passamos neste item a traçar o processo desenvolvido no campo quer para a colheita de dados, quer para garantir as questões éticas e proteção de dados.

Fidelidade “*de um teste indica a extensão em que as diferenças individuais na realização do teste são atribuíveis a diferenças verdadeiras ou reais das características observadas*” (Ribeiro, 2008, p. 93). Segundo o mesmo autor caracteriza a fidelidade, de fiel, fiável, significa que as notas obtidas por avaliadores quando avaliam as mesmas pessoas em diferentes ocasiões, com os mesmos testes, ou com conjuntos equivalentes de itens, são semelhantes (Ribeiro, 2008).

Os questionários foram aplicados no decorrer do espaço temporal de novembro 2018 a janeiro de 2019, via *on-line* e os dados foram importados para uma folha de cálculo e sujeitos a uma validação para despistar codificações incorretas ou outras inconsistências.

3.4.1 Procedimento de colheita de dados

Considerando a dispersão territorial açoriana, o instrumento de colheita de dados escolhido, foi o questionário de autopreenchimento para os participantes, em formato digital e disponível através de *link*. A plataforma disponível *on line*, elegida foi o *Google forms*® pela facilidade de utilização e parametrização, aspeto gráfico dos questionários, e, acima de tudo, pela facilidade de extração dos resultados e posterior importação para o programa de tratamento estatístico de dados - SPSS®.

Foi enviado a cada uma administração das instituições de saúde da RAA (publicas e privadas), o ofício a solicitar a autorização para aplicação do estudo, acompanhado do projeto da investigação e do documento para a comissão de ética devidamente preenchido e assinado pelo investigador promotor e pelo investigador principal.

Após esta fase, o *link* do questionário foi enviado para o correio eletrónico de todos os indivíduos pertencentes à população alvo.

Julgamos importante referir que houve alguma dificuldade em obter o número de respostas necessárias para que a amostra fosse representativa, pelo que foi contactado diretamente, cada enfermeiro em cargos de chefia, para tentar entender o que teria acontecido (alguma dificuldade no acesso ao questionário e/ou não querer participar no estudo) e apelou-se à sua participação como contributo para melhorias futuras nos contextos de trabalho da RAA.

Verificando-se a dificuldade de acessibilidade ao questionário via *on-line*, por alguns elementos da nossa população devido a não terem conta *Google*, o mesmo foi reenviado às administrações das instituições da RAA em estudo, em suporte de papel, no dia 11 de novembro 2018, com o intuito de haver uma maior adesão nas respostas. Foi dado um tempo de aproximadamente de três meses, para receção dos questionários *on-line* e em suporte de papel.

3.4.2 Procedimentos éticos

Na investigação em enfermagem, apesar de não ocorrer ou raramente ocorrer riscos para o investigador, a reflexão crítica deve ser uma constante cumprindo os desígnios do código deontológico, no que concerne ao respeito pelos valores humanos. Logo, o ser humano ao ser envolvido numa pesquisa, esta pressupõe uma análise especial dos procedimentos a utilizar de modo a proteger os direitos dos sujeitos.

No que concerne ao investigador, a sua atitude deve ser orientada pelo reconhecimento explícito do valor absoluto da pessoa humana e do seu direito à livre autodeterminação. Segundo Fortin (1999), na persecução da aprendizagem existe um limite que não deve ser ultrapassado, nomeadamente o respeito pela pessoa e a proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano.

No decurso do estudo procurou-se sempre respeitar os princípios éticos, assumindo os compromissos com honestidade e veracidade, desde o início até ao final do estudo, independentemente das suas limitações e fragilidades. Como princípios éticos e direitos fundamentais são considerados: princípio da beneficência, esclarecendo e reforçando que deve ser realizado o bem à outra pessoa, e não o mal intencional; o princípio do respeito pela dignidade humana, referindo-se ao direito à autodeterminação e à informação fornecida, garantindo o respeito pelas pessoas de liberdade de decisão, após o devido esclarecimento da sua proteção de intimidade em todas as fases da investigação e o princípio de justiça, que garante o direito do inquirido a ser tratado com equidade e de forma justa, em todas as fases da realização do estudo.

De forma a garantir todos estes princípios éticos, antes da aplicação do questionário, solicitamos a autorização formal das instituições de saúde da RAA envolvidas neste estudo, e após parecer favorável, foi promovido o início à colheita de dados (Parecer Comissão de Ética - ANEXO III).

No início de cada questionário foi salvaguardado o consentimento dos participantes, através da expressão: *“Só deve responder a este questionário se concordar em participar neste estudo”*.

Em todo o processo de colheita de dados ocorreu o respeito pela vida privada e confidencialidade das informações pessoais como um princípio que envolve o direito das pessoas. Os participantes em estudo têm direito à intimidade, ao anonimato e à

confidencialidade e de receber a segurança que os dados colhidos se manterão confidenciais, sem menosprezar a atual lei da proteção de dados. O consentimento livre é voluntário e esclarecido, no sentido que é necessário que a pessoa possua a informação válida para poder fazer juízo das vantagens e dos intervenientes da sua participação (Fortin, 2009).

3.5 População em estudo

A constituição da população em estudo é apresentada tendo em conta, nomeadamente, as características gerais dos enfermeiros das chefias de topo, das categorias subsistentes e dos enfermeiros a exercerem as funções de chefia, sendo que o nosso universo foram também todos os enfermeiros das chefias de topo, das categorias subsistentes e os enfermeiros a exercerem as funções de chefia na RAA. Fortin (2009) e Polit e Hungler (1995), referem que a população alvo é composta por um conjunto de elementos com determinadas características que o investigador tem interesse, satisfazendo os critérios de seleção definidos anteriormente.

Fortin (2009) e Polit e Hungler (1995) elencam que a população alvo é constituída por um conjunto de elementos com determinadas características que o investigador tem interesse, satisfazendo os critérios de seleção definidos anteriormente.

Como critério de inclusão, a nossa população foram os enfermeiros gestores / líderes (enfermeiros das chefias de topo, enfermeiros das categorias subsistentes e os enfermeiros a exercerem as funções de chefia) nas unidades que constituem a amostra (instituições com equipas de enfermagem durante o período de vinte e quatro horas) e estarem ao serviço durante o período de colheita de dados. A nossa amostragem é não probabilística intencional, procurando a maior representação no universo dos gestores da região em estudo. É considerado uma amostra não probabilística, “um procedimento de seleção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra” (Fortin, 1999, p. 208).

A nossa amostra foi constituída por todos os enfermeiros gestores / Líderes que estiveram ao serviço, entre outubro 2018 e fevereiro 2019, durante o período de colheita de dados e que livremente quiseram participar no estudo, pelo que a amostra ficou constituída por 63 enfermeiros gestores, o que representa 61,7% do universo, do total 102 enfermeiros gestores/chefes/responsáveis de serviço das Instituições de Saúde da RAA.

As Instituições de Saúde incluídas no estudo são num total de dezassete (17). Estão representados três (3) Hospitais, oito (8) Unidades de Saúde, quatro (4) Santas Casas da Misericórdia (lares de Idosos) e duas (2) Casas de Saúde.

Os Hospitais e as Unidades de Saúde foram criados a partir Decreto Legislativo Regional n.º 28/99/A, de 31 de julho - Estatuto do Serviço Regional de Saúde dos Açores (organização e funcionamento dos serviços de saúde da RAA). Criado pelo Decreto Regulamentar Regional n.º 32/80/A, de 11 de dezembro, o SRS, após duas décadas de funcionamento, apresenta claras disfunções que urge corrigir, ao mesmo tempo que se lhe introduzem as modificações resultantes dos princípios estabelecidos pela Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, a qual tem sido objeto de desenvolvimentos legislativos ao nível da administração central (Lima et al., 2015).

Segundo Lima e colaboradores (2015) a filosofia da Secretaria Regional da Saúde (SRS) diligencia a acessibilidade, qualidade e compressividade dos cuidados de saúde, promovendo modelos de organização dos cuidados adequados à realidade geográfica da RAA e de gestão descentralizada e participada que, sem preocupações de cariz exclusivamente economicista, mas procurando a maior racionalização da utilização dos recursos disponibilizados, de forma a promover significativamente a obtenção de ganhos em saúde para as populações

A realidade “ilha” assume nos Açores particular importância, dado ser uma região por excelência arquipelágica, onde os fenómenos da insularidade se sentem com grande sensibilidade. Face à penosidade e aos custos envolvidos nas deslocações entre ilhas, a estrutura do SRS deve adequar-se a essa realidade e encontrar meios para responder às necessidades de saúde dos seus clientes (Lima et al., 2015).

Neste contexto, corroboramos a visão de Lima e colaboradores (2015), é importante revalorizar cada ilha enquanto unidade base da organização, administração e prestação de cuidados. *“A maior diversidade e especialização de cuidados de saúde caracterizam as ilhas com hospital... Prevendo-se um período de transição propiciador às necessárias adaptações das estruturas, de molde a garantir o sucesso das inovações a introduzir”* (Lima et al., 2015, p.9).

Os critérios de exclusão foram a não autorização pelos Conselhos de Administração da Instituição à colheita dos dados; o sujeito recusar-se a participar da pesquisa ou estar de férias ou de licença.

Terminada a preparação da entrada em campo, passaremos agora a organizar os dados de forma a responder aos objetivos da nossa investigação.

CAPÍTULO III. A EVIDÊNCIA DA OPINIÃO DOS ENFERMEIROS GESTORES SOBRE O SEU PERFIL DE LIDERANÇA NO PROCESSO DE GESTÃO

Na partilha dos resultados do estudo iremos seguir numa primeira fase a descrição por variável, seguido do aprofundar da análise, finalizando na discussão comparativa com outros estudos e outros autores sobre os resultados evidenciados.

O traçado da opinião dos enfermeiros gestores e líderes da RAA traduz-se no percurso e trajetória que decorreu desde a colheita de dados até à apresentação e análise dos dados. Estamos cientes de que a opinião dos participantes depende do patamar de maturidade psicológica e profissional, cujas opiniões espelham o estado de espírito ou atitude de cada participante em relação a determinado contexto vivenciado.

O estudo pauta-se por um percurso criativo em torno de variáveis já estudadas, mas que acresce a ideia de fazer o seu cruzamento de forma diferente e num contexto singular. É nossa pretensão com este estudo, criar uma mais-valia para as instituições e obter ganhos de conhecimento inovador para a gestão em enfermagem, na área das competências acrescidas avançadas do enfermeiro gestor.

4. ENFERMEIROS GESTORES E O SEU PERFIL DE LIDERANÇA

Este capítulo tenciona espelhar a evidência da opinião dos enfermeiros gestores da RAA sobre o seu perfil de liderança, na apresentação dos dados são consideradas as variáveis em estudo, utilizaremos a análise descritiva dos dados acompanhada de comentários para evidenciar as maiores frequências relativas ou absolutas a fim de alcançarmos o esboço dos respetivos perfis que planeamos.

Tabela 4. Distribuição da amostra pelo tipo de instituição de saúde

Instituição	Frequência (N)	Percentagem (%)
Hospitais	34	54,0 %
Unidades de Saúde	16	25,4 %
Outras Instituições de Saúde	13	20,6 %
Total	63	100 %

Cada classe da amostra é diferente, pois também o número absoluto de enfermeiros gestores e líderes o é, no entanto, a percentagem dos que responde é semelhantes em todos os locais.

Objetivando a melhor perceção utilizaremos tabelas e gráficos sempre que assim se entenda com relevância, devidamente numerados e por ordem sequencial, análoga à estrutura geral do questionário, utilizando o programa informático SPSS®.

4.1 Características sociodemográficas

Encetamos a apresentação e análise dos dados pela caracterização sociodemográfica dos enfermeiros gestores e líderes da RAA, com o objetivo de identificar o seu perfil, a nível do género, idade, anos de exercício profissional, anos de exercício na área de gestão, anos no atual serviço, área de especialidade, graus académicos, natureza da instituição e natureza da exploração.

Seguidamente, na Tabela 5, no que se refere à participação da amostra relativamente ao género, constata-se que dos enfermeiros gestores e líderes são maioritariamente do género feminino (61,9%), enquanto o género masculino corresponde a (38,1%).

Tabela 5. Distribuição dos participantes pelo Género

Género	Nº	%
Feminino	39	61,9
Masculino	24	38,1
Total	63	100,0

Em relação, à distribuição dos participantes pela variável **Idade**, verificamos que a idade dos participantes com maior representação foi entre os 51 e os 60 anos de idade (39,7%), seguidos do intervalo de 41 a 50 anos de idade (30,2%). O grupo com menos de 30 anos

corresponde a apenas 2 participantes, explica-se pelo percurso e experiência profissionais necessários, pela formação e habilitações específicas. Verificamos ainda que a idade varia dos 25 aos 65 anos, onde a média ocorreu aos 47,37 e com um desvio padrão de 9,515 anos, (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição dos participantes pela Idade

Idades	Nº	%
Menos de 30	2	3,2
31 a 40	16	25,4
41 a 50	19	30,2
51 a 60	25	39,7
Mais de 60	1	1,6
Total	63	100,0

Sequencialmente na observação da Tabela 7, segundo a variável **Grau Académico**, e conforme se espelha podem verificar que 51 participantes (81,0%) são detentores da apenas da licenciatura. No entanto, 11 participantes (17,5%) têm Mestrado e 1 participante (1,6%) possui Doutoramento.

A tabela seguinte (Tabela 7) reflete a distribuição dos enfermeiros gestores pelo Grau Académico.

Tabela 7. Distribuição dos participantes pelo Grau Académico

Grau Académico	Nº	%
Licenciatura	51	81,0
Mestrado	11	17,5
Doutoramento	1	1,6
Total	63	100,0

A distribuição dos participantes pela variável por **Área de Especialidade** é apresentada seguidamente, na Tabela 8.

Tabela 8. Distribuição dos participantes pela Área de Especialidade

Área de Especialidade	Nº	%
Enf. Comunitária	9	14,3
Enf. Médico-Cirúrgica	18	28,6
Enf. Saúde Mental e Psiquiatria	8	12,7
Enf. Saúde Infantil e Pediatria	4	6,3
Enf. Saúde Materna e Obstétrica	2	3,2
Enf. Reabilitação	2	3,2
Sem especialidade	20	31,7
Total	63	100,0

Em relação à variável por **Área de Especialidade**, verificamos que a maioria dos participantes é detentor de especialidade, num total de (68,3%), não existindo casos omissos. Enquanto 20 dos participantes, cerca de (31.7%), não são detentores de qualquer especialidade. Dos que referem possuir a especialidade, a que mais se destaca no grupo é a área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, num total de 18 participantes (28,6%); Enfermagem Comunitária é a área de especialização que se segue com 9 participantes (14,3%); segue-se a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, com 8 participantes (12,7%); seguidas das especialidades com menores percentagens, designadamente, Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria com (6.3%) e Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Enfermagem de Reabilitação, ambas (3,2%).

No que diz respeito à distribuição dos participantes pela variável **Área de Pós-Graduação**, verificamos que os enfermeiros gestores participantes, não são detentores de qualquer pós-graduação num total de 30 participantes (47,6%), enquanto 23 dos participantes (36,5%) são detentores de pós-graduação específica em área de gestão e 10 dos enfermeiros gestores (15,9%) são detentores de pós-graduação em outra área não específica à de gestão, (Tabela 9).

Tabela 9. Distribuição dos participantes pela Área de Pós-Graduação

Área de Pós-Graduação	Nº	%
Área de Gestão	23	36,5
Sem Pós-graduação	30	47,6
Noutra área não de gestão	10	15,9
Total	63	100,0

Na representação desta variável **Área de Pós-Graduação**, verificamos a linha de distribuição da variável com uma linha afastada da distribuição normal. Constatamos, que em relação à formação de pós-graduação na área de gestão dos enfermeiros gestores participantes, o maior número de sujeitos não possui uma formação específica para o cargo de gestão. Este grupo foi superior ao número de enfermeiros gestores que detém tal formação. Com isto, pode-se afirmar que a formação gestão não é pré-requisito para assumir um cargo de gestão nas instituições da RAA, sendo outro o fator de escolha.

Tabela 10. Distribuição dos participantes pelo Tempo de Exercício Profissional de Enfermagem

Tempo de Exercício Profissional de Enfermagem	Nº	%
menos de 9	6	9,5
de 10 a 19	15	23,8
de 20 a 29	21	33,3
de 30 a 40	21	33,3
Total	63	100,0

Neste enquadramento, conforme a Tabela 10, a distribuição dos participantes pela variável **Tempo de Exercício Profissional de Enfermagem**, constatou-se que as classes de anos em tempo, entre 20 e 29 anos e 30 e 40 anos de exercício profissional, ambas representam (33,3%), sendo a classe entre os 10 e 19 anos em tempo de exercício profissional cerca de (23,8%), seguido o grupo menor percentagem a classe dos participantes com menos de 9 anos de tempo de exercício profissional de enfermagem (9,5%). Verificamos ainda que Tempo de Exercício Profissional de Enfermagem varia dos 4 aos 40 anos, onde a média ocorreu aos 23.87 e com um desvio padrão de 9.321 anos.

No que se refere à variável, **Tempo de Exercício Profissional na Área da Gestão** conclui-se que os enfermeiros têm maioritariamente, entre 0 anos e 9 anos o que corresponde a (63,5%), seguido do grupo entre os 10 anos e 19 anos (25,4%). Constatamos, ainda que Tempo de Exercício Profissional na Área da Gestão varia dos 0 aos 31 anos, onde a média ocorreu aos 9.38 e com um desvio padrão de 8.412 anos. (Tabela 11)

Tabela 11. Distribuição dos participantes pelo Tempo de Exercício Profissional em Gestão

Tempo de Exercício Profissional em Gestão de Enfermagem	Nº	%
de 0 a 9	40	63,5
de 10 a 19	16	25,4
de 20 a 31	7	11,1
Total	63	100,0

Analisando a variável da Tabela 12, **Tempo de Exercício Profissional no Atual Serviço**, verificamos que a maioria dos enfermeiros se encontra no intervalo de 0 a 9 anos de exercício profissional correspondendo 39 participantes, cerca de (61,9%), seguido do intervalo dos 10 aos 19 anos, correspondendo a 15 participantes, cerca de (23,8%). O intervalo com mais de 20 anos correspondeu a 8 participantes (12,7%). Confirmamos ainda que tempo de exercício profissional no atual serviço varia entre os 0 e os 32 anos, onde a média ocorreu aos 9.37 e com um desvio padrão de 8.565 anos.

Tabela 12. Distribuição dos participantes pelo Tempo de Exercício Profissional no atual Serviço

Tempo de Exercício Profissional no atual Serviço	Nº	%
de 0 a 9	39	61,9
de 10 a 19	15	23,8
mais de vinte	8	12,7
Total	62	98,4
Missing	1	1,6
Total	63	100,0

Na tabela 13, está representada a distribuição dos enfermeiros gestores da nossa amostra pela **Natureza da Instituição**, pode verificar-se que 34 dos enfermeiros gestores correspondem a (54,0%) dos participantes e encontram-se nos Hospitais; seguidos de 16 enfermeiros gestores (25,4%) que estão nas Unidades de Saúde Ilha e os restantes 13 enfermeiros gestores fazem parte de outras instituições (Lares de Idosos e Casas de Saúde), correspondendo a (20,6%) dos nossos participantes.

Tabela 13. Distribuição dos participantes pela Natureza da Instituição

Natureza da Instituição	Nº	%
Unidade de Saúde	16	25,4
Hospital	34	54,0
Outras	13	20,6
Total	63	100,0

Na tabela 14, está representada a distribuição dos enfermeiros gestores da nossa amostra, pela **Natureza da Exploração**, sendo os enfermeiros gestores, maioritariamente do setor publico, no total de 52 participantes (82,5%), sendo os restantes enfermeiros gestores participantes no Setor Privado (9,5%) e da Ação social (7,9%).

Tabela 14. Distribuição dos participantes pela natureza da exploração

Natureza da Exploração	Nº	%
Publica	52	82,5
Privada	6	9,5
Ação Social	5	7,9
Total	63	100,0

Na Tabela 15, está representada a distribuição dos enfermeiros gestores da nossa amostra consoante as **Áreas de Atuação**, nomeadamente a Gestão de Serviços ou Unidades e a Gestão de Topo/Assessoria, neste caso predominam os participantes em estudo da Gestão de Serviços ou Unidades com (79%), seguido dos da Gestão de Topo/Assessoria (20,6%).

Tabela 15. Distribuição dos participantes pela Área de Atuação

Área de Atuação	Nº	%
Gestão de Serviços ou Unidades	50	79,4
Gestão de Topo / Acessória	13	20,6
Total	63	100,0

Face à análise descritiva realizada podemos afirmar que o perfil do gestor em enfermagem das ilhas da RAA é maioritariamente do género feminino, com idades dominantes entre os 41 e os 60 anos, sendo as suas condições de trabalho na maioria em Hospitais, em entidades públicas e na gestão de unidades ou serviços.

4.2 Um olhar sobre as atividades dos enfermeiros gestores

Nesta sequência iremos explicar as competências dos enfermeiros gestores e líderes sobre as suas perceções, no que se refere à distribuição das opiniões dos participantes sobre a sua liderança relativa a Prática Profissional, Ética e Legal, conforme Quadro 4.

Quadro 4. Distribuição das opiniões dos enfermeiros e a Prática Profissional, Ética e Legal

Dimensões	Nunca		Poucas vezes		Muitas Vezes		Sempre		Missing	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<i>Preocupa-se com os valores dos enfermeiros</i>	0	0,0	0	0,0	4	6,3	59	93,7	0	0,0
<i>Preocupa-se com os valores dos doentes</i>	0	0,0	0	0,0	4	6,3	59	93,7	0	0,0
<i>Discute questões éticas relacionadas com os cuidados com a sua equipe</i>	0	0,0	9	14,3	27	42,9	27	42,9	0	0,0
<i>Controla o respeito pela privacidade e individualidade do doente</i>	0	0,0	0	0,0	20	31,7	42	66,7	1	1,6
<i>Garante condições legais para os cuidados e exercício profissional</i>	0	0,0	4	6,3	13	20,6	46	73,0	0	0,0

Ao analisarmos a perspetiva dos enfermeiros gestores sobre a sua liderança relativa à sua **prática profissional, ética e legal**, constata-se que maioritariamente os enfermeiros gestores preocupam-se “Sempre” com os valores dos enfermeiros e dos doentes, num total de (93,7%) para ambas as variáveis.

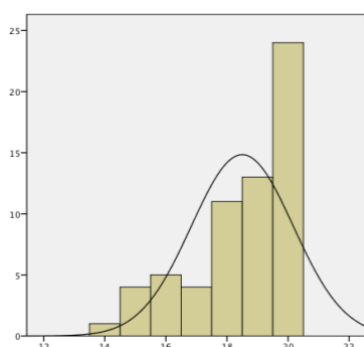
Sobre a dimensão, **discute questões éticas relacionadas com os cuidados com a sua equipa**, respondem “Sempre” e “Muitas Vezes” cerca de 27 participantes (42,9%), seguindo-se 9 participantes (14,3%) que respondem “Poucas vezes”. De realçar que nenhum enfermeiro gestor respondeu “Nunca” sendo a média das respostas enquadrada no valor 3.94.

No que respeita à dimensão, **controla o respeito pela privacidade e individualidade do doente**, os enfermeiros gestores responderam que “Sempre” num total de 42 participantes (66,7%), responderam “Muitas Vezes” cerca de 20 participantes (31,7%), e obtivemos 1 resposta omissa. Ocorrendo o valor médio das respostas nesta dimensão em 3.68.

Seguidamente, analisamos a dimensão referente **garante condições legais para os cuidados e exercício profissional**, em que os enfermeiros gestores respondem que “Sempre” num total de 46 participantes (73,0%). “Muitas vezes” foi respondido pelos enfermeiros gestores num total de 13 enfermeiros (20,6%), e “Poucas vezes” foi referido por 4 participantes (6,3%). Constatámos que a média desta dimensão ocorre com um valor de 3.67.

Segue-se a representação gráfica da componente Prática Profissional, Ética e Legal.

Gráfico 1. Distribuição sobre a Prática Profissional Ética e Legal



Quando se analisa a componente **prática profissional ética e legal** (Gráfico 1), numa perspetiva quantitativa verificamos uma variação de 14 a 20, sendo a moda em 20 e a media em 19,50 com um desvio padrão de 1,667 e como demonstra o gráfico a sua distribuição não segue a curva normal, sendo os valores das frequências com maior incidência para o polo positivo da subescala o que podemos afirmar que os gestores do estudo se encontram todos acima do ponto media da subescala e com uma média superior ao ponto médio da subescala.

Perante os resultados, podemos afirmar que os gestores desenvolvem atividades que tornam a sua intervenção **prática profissional ética e Legal** muito positiva.

Sobre as suas perceções, no que se refere à distribuição das opiniões dos enfermeiros gestores sobre a sua liderança relativa a **Gestão dos Cuidados**, verificamos no Quadro 5.

Quadro 5. Distribuição das opiniões dos enfermeiros e a Gestão de Cuidados

<i>Dimensões</i>	Nunca		Poucas vezes		Muitas Vezes		Sempre		Missing	
	Nº	%	Nº	Nº	%	%	Nº	%	Nº	%
<i>Discute com os enfermeiros decisões sobre cuidados</i>	1	1,6	3	4,8	25	39,7	34	54,0	0	0.0
<i>Promove a tomada de decisão clínica</i>	2	3,2	4	6,3	25	39,7	32	50,8	0	0.0
<i>Acompanha a execução de cuidados de forma planeada</i>	2	3,2	10	15,9	31	49,2	20	31,7	0	0.0
<i>Prevê e assegura os meios e recursos necessários à prestação de cuidados</i>	1	1,6	20	31,7	41	65,1	0	0.0	1	1,6
<i>Discute riscos dos doentes face aos cuidados e condições do serviço</i>	0	0,0	4	6,3	26	41,3	33	52,4	0	0.0
<i>Toma decisões de forma a garantir os melhores cuidados para os doentes</i>	2	3,2	12	19,0	48	76,2	0	0.0	1	1,6
<i>Garante dotações seguras de acordo com os padrões de qualidade da profissão</i>	5	7,9	11	17,5	26	41,3	21	33,3	0	0.0
<i>Analisa e avalia a qualidade dos cuidados e implementa medidas corretivas</i>	2	3,2	6	9,5	30	47,6	25	39,7	0	0.0
<i>Orienta cuidados de maior complexidade</i>	4	6,3	6	9,5	25	39,7	28	44,4	0	0.0
<i>Desenvolve planos de melhoria contínua da qualidade</i>	3	4,8	8	12,7	35	55,6	17	27	0	0.0
<i>Elabora, aplica, avalia e atualiza procedimentos orientadores da utilização de equipamento e material</i>	2	3,2	12	19,0	27	42,9	22	34,9	0	0.0
<i>Contribui para o desenvolvimento das boas práticas, através da utilização adequada dos recursos materiais existentes na unidade</i>	0	0,0	4	6,3	25	39,7	34	54,0	0	0.0
<i>Garante ambientes seguros, identificando, gerindo riscos e introduzindo medidas corretivas</i>	0	0	3	4,8	30	47,6	30	47,6	0	0.0
<i>Gere as situações clínicas graves, tanto quanto aos doentes e famílias como quanto à equipa</i>	1	1,6	5	7,9	26	41,3	30	47,6	1	1,6

Ao decompor a atividade da **gestão de cuidados** constatamos que na dimensão **discute com os enfermeiros decisões sobre cuidados** (54,0%) dos enfermeiros gestores responderam que “Sempre” exercem essa capacidade de liderança aquando da sua

atuação, com uma média de 3.46. **Promove a tomada de decisão clínica** foi outra das dimensões em que (50,8%) dos enfermeiros gestores referem que o fazem “Sempre”, sendo o valor médio de 3.38. Já na dimensão **acompanha a execução de cuidados de forma planeada** a maior percentagem de respostas refere que o fazem “Muitas vezes” cerca de (49,2%) e só (31,7%) dos enfermeiros gestores o faz “Sempre”, contudo o valor médio desta dimensão situa-se em 3.1 pontos.

Os enfermeiros gestores expressam que na dimensão **prevê e assegura os meios e recursos necessários à prestação de cuidados** fazem-no “Muitas vezes”, num total (65,1%) dos participantes no estudo, ocorrendo a média com 3.65 pontos. Mais de metade dos enfermeiros gestores referem “Sempre” na dimensão **discute riscos dos doentes face aos cuidados e condições do serviço** quando exercem a sua função, correspondendo a (52,4%), sendo a média de 3.46 pontos. Posteriormente, em relação a **toma decisões de forma a garantir os melhores cuidados para os doentes** o maior número de resposta foi “Muitas vezes” o que significa (76,2%), ocorrendo a média em 3.74 pontos.

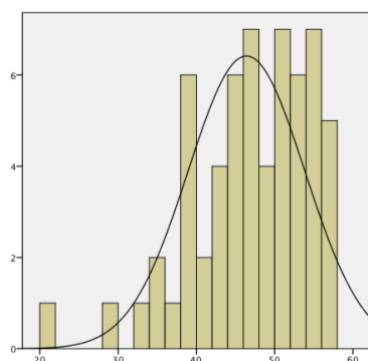
Quanto a **garante dotações seguras de acordo com os padrões de qualidade da profissão** os enfermeiros gestores e líderes respondem “Muitas vezes” correspondendo a (41,3%), destacam-se nesta dimensão (7,9%) de enfermeiros gestores/líderes, num total de 5 participantes que referem que “Nunca”, sendo a média desta dimensão em 3 pontos. Numa percentagem similar cerca de (47,6%) enfermeiros gestores/líderes respondem “Muitas vezes” na dimensão **analisa e avalia a qualidade dos cuidados e implementa medidas corretivas**, enquanto na mesma dimensão (39,7%) referem fazer “Sempre”, aumentando a pontuação média para 3.24 pontos. Questionados sobre **orienta cuidados de maior complexidade** a maioria das respostas corresponde a “Muitas vezes”, num total de (39,7%) e a média da dimensão fica nos 3.22 pontos.

Desenvolve planos de melhoria contínua da qualidade mais de metade dos participantes assumem que o fazem “Muitas vezes” cerca de (55,6%) e (27%) desenvolvem “Sempre” planos de melhoria contínua da qualidade, contudo a média da dimensão fica apenas em 3.05 pontos. **Elabora, aplica, avalia e atualiza procedimentos orientadores da utilização de equipamento e material** o maior número de respostas responde “Muitas vezes” sendo (42,9%) dos enfermeiros gestores/líderes situando-se a média da dimensão nos 3.1 pontos.

Na dimensão **contribui para o desenvolvimento das boas práticas, através da utilização adequada dos recursos materiais existentes na unidade**, (54,0%) dos enfermeiros gestores/líderes declaram que realizam “Sempre”, nesta dimensão o valor médio ocorre nos 3.48 pontos. **Garante ambientes seguros, identificando, gerindo riscos e introduzindo medidas corretivas e gere as situações clínicas graves, tanto quanto aos doentes e famílias como quanto à equipa** foram duas dimensões manifestadas pelos enfermeiros gestores/líderes que preveem que asseguram “Sempre” num total de (47,6%)

e ocorrendo a média com 3.37. Verificamos ainda que para cada dimensão da distribuição não ocorre dentro da curva normal, mas sempre com desvio para cima do ponto médio.

Gráfico 2. Distribuição sobre a Gestão de Cuidados



A **Gestão dos Cuidados** (Gráfico 2) apresenta uma variação de 21 a 56, com uma moda de 54 e uma média de 46,40 com um desvio padrão de 7,461, esta componente também faz a sua distribuição no sentido positivo da escala como se verifica no Gráfico 2, contudo ocorrem três respostas omissas. Podemos verificar, mais uma vez, que os enfermeiros gestores do estudo apresentam uma média superior ao ponto médio da subescala.

Face aos resultados podemos afirmar que os gestores desenvolvem atividades de tal forma que, no global para a **Gestão de Cuidados** a sua intervenção é positiva.

Sobre as suas perceções, no que se refere à distribuição das opiniões dos enfermeiros gestores sobre o seu perfil de liderança na **Gestão dos Recursos Humanos**, verificamos no Quadro 6.

Quadro 6. Distribuição das opiniões dos enfermeiros e a Gestão dos Recursos Humanos

<i>Dimensões</i>	Nunca		Poucas vezes		Muitas Vezes		Sempre		Missing	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<i>Promove reuniões com os enfermeiros</i>	1	1,6	8	12,7	17	27,0	37	58,7	0	0,0
<i>Assiste à passagem de turno</i>	12	19,0	9	14,3	10	15,9	30	47,6	2	3,2
<i>Avalia o desempenho dos enfermeiros</i>	5	7,9	5	7,9	11	17,5	42	66,7	0	0,0
<i>Coordena o processo de integração dos colaboradores e assume um papel de referência</i>	4	6,3	4	6,3	12	19,0	43	68,3	0	0,0
<i>Calcula as necessidades de enfermeiros de acordo com as condições dos serviços</i>	4	6,3	10	15,9	7	11,1	42	66,7	0	0,0
<i>Afeta os enfermeiros segundo a intensidade e complexidade dos cuidados, através de metodologias que permitam calcular, em antecipação, o número de horas de cuidados necessários</i>	12	19,0	8	12,7	21	33,3	22	34,9	0	0,0
<i>Cria, mantém e desenvolve a coesão, o espírito de equipa e um ambiente de trabalho, gerindo conflitos</i>	1	1,6	5	7,9	21	33,3	36	57,1	0	0,0
<i>Distribui os enfermeiros de acordo com as necessidades dos doentes</i>	5	7,9	11	17,5	13	20,6	33	52,4	1	1,6
<i>Promove o empenhamento e a motivação da equipa (visão global)</i>	0	0,0	6	9,5	24	38,1	33	52,4	0	0,0
<i>Garante mecanismos de comunicação formal da equipa e de outros colaboradores</i>	0	0,0	9	14,3	25	39,7	29	46,0	0	0,0
<i>Assegura a planificação, a organização, a coordenação e a avaliação da qualidade dos serviços de apoio</i>	1	1,6	12	19,0	21	33,3	29	46,0	0	0,0
<i>Atua como formador na equipa multi e intra disciplinar</i>	4	6,3	12	19,0	29	46,0	18	28,6	0	0,0
<i>Promove e avalia a satisfação profissional dos enfermeiros e de outros colaboradores</i>	5	7,9	14	22,2	28	44,4	16	25,4	0	0,0
<i>Cria e mantém as condições para um trabalho cooperativo no seio da equipa</i>	0	0,0	5	7,9	21	33,3	36	57,1	1	1,6

Ao explanarmos a categoria **gestão dos recursos humanos** na dimensão **promove reuniões com os enfermeiros** (58,7%) dos enfermeiros gestores/líderes respondem que o fazem “Sempre”, sendo a média desta dimensão 3.43. Quanto à dimensão **assiste à passagem de turno** menos de metade responde de “Sempre” num total de (47,6%), onde a quantidade da média fica nos 2.95 pontos. **Avalia o desempenho dos enfermeiros e calcula as necessidades de enfermeiros de acordo com as condições dos serviços** foram duas dimensões expressadas nas respostas dos gestores/líderes com “Sempre” asseguradas (66,7%), onde o valor médio fica em 3.45. Na atividade de liderança dos enfermeiros gestores/líderes referente à **coordenação do processo de integração dos colaboradores e assumir um papel de referência** referem fazê-lo “Sempre” (68,3%), a média da dimensão quando quantificada em pontos fica nos 3.49.

Os enfermeiros gestores/líderes na resposta da sua perceção sobre **afetar os enfermeiros segundo a intensidade e complexidade dos cuidados, através de metodologias que permitam calcular, em antecipação, o número de horas de cuidados necessários** assume “Sempre” apenas (34,9%), onde a média volta a descer para 2.84 pontos. Nas dimensões **criar, mantém e desenvolve a coesão, o espírito de equipa e um ambiente de trabalho, gerindo conflitos e criar e mantém as condições para um trabalho cooperativo no seio da equipa** os enfermeiros gestores/líderes num total de (57,1%) respondem que “sempre” o fazem na sua prática de liderança e gestão, sendo o valor médio de 3.46 pontos.

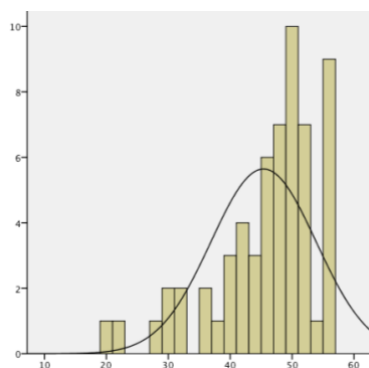
Posteriormente, as dimensões **distribuir os enfermeiros de acordo com as necessidades dos doentes e promover o empenhamento e a motivação da equipa (visão global)** e respondida por (52,4%) que expressam que “Sempre” o fazem na sua atividade de gestão e o valor médio é de 3.19 pontos. Já nas dimensões **garantirem mecanismos de comunicação formal da equipa e de outros colaboradores e assegura a planificação, a organização, a coordenação e a avaliação da qualidade dos serviços de apoio**, apenas (46,0%) dos enfermeiros gestores/líderes traduzem nas suas respostas que o fazem “Sempre”, sendo o valor médio de 3.32 pontos.

Para a dimensão **atuar como formador na equipa multi e intra disciplinar** (46,0%) dos enfermeiros gestores/líderes expõem através das suas respostas que o fazem “Muitas vezes” e (28,6%) o considera fazer “Sempre”, (6,3%) referem que “Nunca” o fazem e (19,0%) respondem “Poucas vezes”. Nesta dimensão o valor médio desce para 2.97 próximo do ponto médio. Seguidamente, na dimensão **promover e avalia a satisfação profissional dos enfermeiros e de outros colaboradores** e de salientar que (44,4%) dos enfermeiros gestores/líderes expressam que o fazem “Muitas vezes”, e (25,4%) o considera fazer “Sempre”, no entanto para esta dimensão (7,9%) diz que “Nunca” o fazer e (22,2%) “Poucas vezes”; novamente o valor médio aproxima-se do ponto médio com 2.87 pontos.

Como se pode verificar nesta componente, embora continue a ser positiva a pontuação atribuída pelos enfermeiros gestores, demonstra que existem atividades que necessitam de

serem repensadas, entre as quais: assistir às passagens de turno; afetar os enfermeiros segundo a intensidade e complexidade dos cuidados; atuar como formador e promover a avaliação da satisfação profissional do enfermeiro e de outros profissionais.

Gráfico 3. Distribuição sobre a Gestão de Recursos Humanos



A **gestão de recursos humanos** (Gráfico 3) apresenta uma variação de 20 a 56, com uma moda de 55 e uma média de 45,38 com um desvio padrão de 8,481, esta componente também faz a sua distribuição no sentido positivo da escala como se verifica no Gráfico 3, contudo ocorrem três respostas omissas.

Sobre a perceção, no que se refere à distribuição das opiniões dos enfermeiros gestores sobre o seu perfil de liderança relativo à Intervenção política e assessoria, verificamos no Quadro 7.

Quadro 7. Distribuição das opiniões dos enfermeiros e a Intervenção Política e Assessoria

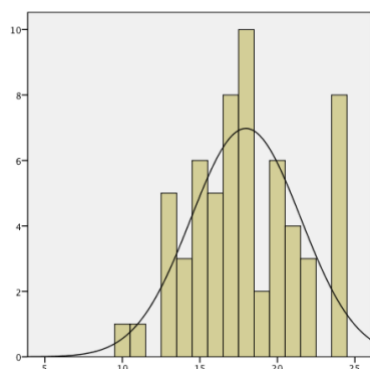
<i>Dimensões</i>	Nunca		Poucas vezes		Muitas Vezes		Sempre		Missing	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<i>Participa na definição e implementação de políticas de saúde do hospital</i>	5	7,9	13	20,6	32	50,8	12	19,0	1	1,6
<i>Participa no planeamento estratégico do serviço</i>	4	6,3	5	7,9	28	44,4	25	39,7	1	1,6
<i>Elabora relatórios de serviço</i>	7	11,1	10	15,9	28	44,4	17	27,0	1	1,6
<i>Concebe e operacionaliza projetos no serviço, implica-se e implica a equipa no desenvolvimento e na implementação de projetos organizacionais</i>	5	7,9	8	12,7	27	42,9	22	34,9	1	1,6
<i>Adapta os recursos materiais às necessidades, tendo em conta a relação custo-benefício</i>	0	0,0	9	14,3	18	28,6	35	55,6	1	1,6
<i>Participa em grupos de trabalho e comissões na área da gestão de risco clínico e não clínico</i>	13	20,6	15	23,8	19	30,2	15	23,8	1	1,6

Expandindo a análise das perceções dos enfermeiros gestores/líderes da RAA sobre o seu perfil de liderança, no que diz respeito a categoria **intervenção política e assessoria pelo enfermeiro gestor**, constatamos que dimensão **participar na definição e implementação de políticas de saúde do hospital**, (50,8%) dos enfermeiros gestores/líderes considera e expressa “Muitas vezes”, (19,0%) “Sempre”, (20,6%) “Poucas vezes” e (7,9%) “Nunca”, sendo que o valor médio fica apenas em 2.82. Constatamos que para as dimensões **participar no planeamento estratégico do serviço** e **elaborar relatórios de serviço** a percentagem de (44,4%) refere “Muitas vezes” terem em conta estas dimensões na sua liderança, no entanto (6,3%) e (11,1%) dos participantes relativamente a estas dimensões assumem que “Nunca” o fazem, respetivamente, contudo a média da sua opinião recai em 3.19 pontos.

Conceber e operacionaliza projetos no serviço, implica-se e implica a equipa no desenvolvimento e na implementação de projetos organizacionais, esta dimensão é expressada na percentagem de (42,9%) “Muitas vezes”, (34,9%) “Sempre”, (12,7%) “Poucas vezes” e (7,9%) “Nunca”, a pontuação média desta dimensão fica nos 3.06 pontos. Os enfermeiros gestores/líderes mencionam através das suas perceções que na dimensão **adaptar os recursos materiais às necessidades, tendo em conta a relação custo-benefício**, (55,6%) asseguram “Sempre”, (28,6%) “Muitas vezes”, (14,3%) “Poucas vezes”, sobre esta dimensão o valor médio fica nos 3.42 pontos. Ainda na categoria Intervenção política e assessoria pelo enfermeiro gestor referente a dimensão **participar em grupos de trabalho e comissões na área da gestão de risco clínico e não clínico** (23,8%) “Sempre”,

(30,2%) “Muitas vezes”, (23,8%) “Poucas vezes”, e destaca-se que (20,6%) “Nunca” enfatizam esta dimensão na sua liderança, descendo a média desta dimensão para o valor médio de 2.58 pontos. Por conseguinte, nesta categoria também se distingue o facto de ter um participante omissos (1,6%), para todas as dimensões aqui explanadas.

Gráfico 4. Distribuição sobre Intervenção Política e Assessoria



A **intervenção política e assessoria** (Gráfico 4) apresentam uma variação de 10 a 24, com uma moda de 18 e uma média de 17,97 com um desvio padrão de 3,545; esta componente também faz a sua distribuição no sentido positivo da escala, como se verifica no Gráfico 4, ocorrendo apenas uma resposta omissa.

É de salientar a necessidade dos enfermeiros gestores na área da **intervenção política e assessoria** desenvolverem mais participação na definição e implementação de política de saúde; maior participação em grupos de trabalho e comissões na área da gestão de risco clínico e não clínico.

Sobre a percepção, no que se refere à distribuição das opiniões dos enfermeiros gestores sobre o seu perfil de liderança relativo ao desenvolvimento profissional, são incorporadas quatro dimensões e são descritas no Quadro 8.

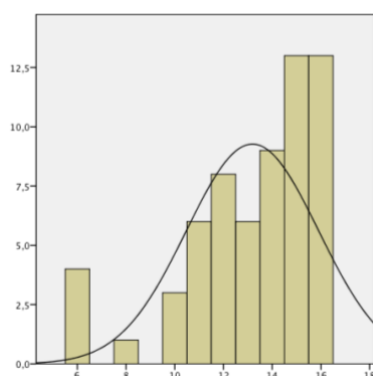
Quadro 8. Distribuição das opiniões dos enfermeiros e o Desenvolvimento Profissional

Dimensões	Nunca		Poucas vezes		Muitas Vezes		Sempre		Missing	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<i>Promove a enfermagem baseada na evidência</i>	4	6,3	4	6,3	25	39,7	30	47,6	0	0,0
<i>Promove a formação formal e informal da equipa</i>	2	3,2	7	11,1	19	30,2	35	55,6	0	0,0
<i>Estimula os enfermeiros à autoformação</i>	1	1,6	5	7,9	16	25,4	41	65,1	0	0,0
<i>Proporciona espaços de reflexão sobre as práticas de forma a promover o empenhamento da equipa na gestão das suas próprias competências</i>	4	6,3	12	19,0	28	44,4	19	30,2	0	0,0

A percepção dos enfermeiros gestores/líderes sobre o seu perfil de liderança no que diz respeito a categoria da atividade do gestor e o **desenvolvimento profissional**, aqui foram abordadas quatro dimensões tendo-se verificado que os enfermeiros gestores **estimulam os enfermeiros à autoformação**, “Sempre” (65,1%), “Muitas vezes” (25,4%), “Poucas vezes” (7,9%) e “Nunca” (1,6%), ocorrendo a média desta dimensão com 3.54 pontos. Relativamente, a **promoção da formação formal e informal da equipa** (55,6%) “Sempre”, (30,2%) “Muitas vezes”, (11,1%) “Poucas vezes” e (3,2%) “Nunca”, ocorrendo a média desta dimensão em 3.38 pontos.

Para a dimensão **promover a enfermagem baseada na evidência** os enfermeiros gestores/líderes assumem e mencionam (47,6%) “Sempre”, (39,7%) “Muitas vezes”, enquanto a mesma percentagem de (6,3%) referem “Poucas vezes” e “Nunca”, ocorrendo a média desta dimensão em 3.29 pontos. Prosseguindo, com a última dimensão aqui explanada nas respostas dos participantes, **proporcionar espaços de reflexão sobre as práticas de forma a promover o empenhamento da equipa na gestão das suas próprias competências**, contatamos que refere (44,4%) “Muitas vezes”, (30,2%) “Sempre”, (19,0%) “Poucas vezes” e (6,3%) “Nunca”, ocorrendo a média em 2.98 pontos nesta dimensão.

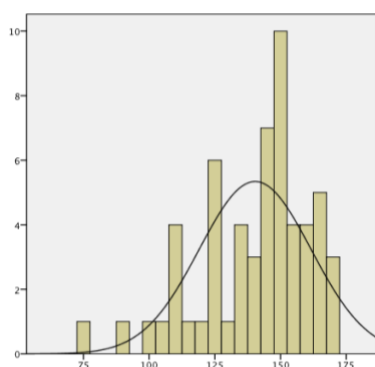
Gráfico 5. Distribuição sobre Desenvolvimento Profissional



Quando analisada a componente **desenvolvimento profissional** (Gráfico 5) verificamos uma variação de 6 a 16, com uma moda que ocorre no 15 e 16, a média de 13,19 com um desvio padrão de 2,711, esta componente também faz a sua distribuição no sentido positivo da escala como se verifica no Gráfico 5, não ocorreram respostas omissas nesta dimensão.

Em síntese, sobre o desenvolvimento profissional a dimensão que necessita de maior atenção é proporcionar espaços de reflexão sobre as práticas de forma a promover o empenhamento da equipa na gestão das suas próprias competências.

Gráfico 6. Distribuição da escala de atividades dos enfermeiros gestores



Por último, considerando a **escala total** (Gráfico 6) verificamos uma variação de 75 a 172, com uma moda que ocorre nos 151, a média de 140,33 com um desvio padrão de 21,289, esta variável também apresenta a sua distribuição no sentido positivo da escala como se verifica no Gráfico 6, ocorrendo seis respostas omissas. O que nos leva a concluir que os gestores do estudo desenvolvem eficazmente as atividades indicadas para o gestor em enfermagem considerando a tendência positiva o valor acima do ponto medio da escala.

Quais as competências que os enfermeiros gestores e líderes detêm desenvolvidas com maior incidência na RAA?

As atividades dos enfermeiros gestores e líderes da RAA que fazem parte desta amostra representam todas as áreas de competências do enfermeiro gestor, sendo de sublinhar que a maioria pratica as suas atividades em todos os domínios do “Sempre”, notando-se algumas fragilidades na intervenção política e assessoria, considerando que só “Às vezes” o fazem. Para a opção “Nunca” nenhuma atividade de gestão tem frequência superior a dez. Assim, as atividades que têm maior percentagem nas dimensões do indicador “Sempre” são:

- Prática profissional, ética e legal: preocupa-se com os valores dos enfermeiros; preocupa-se com os valores dos doentes; garante condições legais para os cuidados e exercício profissional e controla o respeito pela privacidade e individualidade do doente.
- Gestão de cuidados: discute com os enfermeiros decisões sobre cuidados; contribui para o desenvolvimento das boas práticas, através da utilização adequada dos recursos materiais existentes na unidade; discute riscos dos doentes face aos cuidados e condições do serviço e promove a tomada de decisão clínica.
- Gestão de recursos humanos: coordena o processo de integração dos colaboradores e assume um papel de referência; avalia o desempenho dos enfermeiros; calcula as necessidades de enfermeiros de acordo com as condições dos serviços; promove reuniões com os enfermeiros; cria, mantém e desenvolve a coesão, o espírito de equipa e um ambiente de trabalho, gerindo conflitos; cria e mantém as condições

para um trabalho cooperativo no seio da equipa; distribui os enfermeiros de acordo com as necessidades dos doentes; promove o empenhamento e a motivação da equipa (visão global).

- Intervenção política e assessoria: adapta os recursos materiais às necessidades, tendo em conta a relação custo-benefício (é a única dimensão e que a maioria dos participantes responde sempre, num total de 55,6%).
- Atividade do gestor e desenvolvimento profissional: estimula os enfermeiros à autoformação e promove a formação formal e informal da equipa (são as duas dimensões em que a maioria dos participantes no estudo respondem “Sempre”).

5. DO PULSAR DOS GESTORES DA RAA À EVIDÊNCIA DA GESTÃO

No desígnio de responder às questões, sobre a existência de diferenças entre o perfil de liderança dos enfermeiros gestores, com recurso a testes estatísticos, vamos tentar compreender o que caracteriza os enfermeiros gestores quanto ao seu perfil de competências mais representativas, assim como se cada uma das suas componentes em estudo (recorrendo à EPTGE), são influenciadas por variáveis como o género, idade, grau académico, especialidade em enfermagem, área de especialidade, detentor de pós-graduação, área de atuação, tipo de instituição, natureza de instituição, natureza da exploração.

Será que há diferenças significativas entre os enfermeiros gestores e líderes da RAA e as suas caraterísticas sociodemográficas e profissionais?

Quadro 9. Género e a perceção da qualidade dos cuidados de enfermagem

	Hipótese nula	Teste		Sig.	Decisão
1	A distribuição dos valores da “Prática, ética e legal” é semelhante nas categorias da “Sexo”	U de Mann-Witney para amostras independentes	para	0,928	Manter hipótese nula
2	A distribuição dos valores da “Gestão dos Cuidados” é semelhante nas categorias da “Sexo”	U de Mann-Witney para amostras independentes	para	0,988	Manter hipótese nula
3	A distribuição dos valores da “Gestão dos Recursos” é semelhante nas categorias da “Sexo”	U de Mann-Witney para amostras independentes	para	0,333	Manter hipótese nula
4	A distribuição dos valores da “Intervenção Política e Assessoria” é semelhante nas categorias da “Sexo”	U de Mann-Witney para amostras independentes	para	0,148	Manter hipótese nula
6	A distribuição dos valores da “Desenvolvimento Profissional” é semelhante nas categorias da “Sexo”	U de Mann-Witney para amostras independentes	para	0,456	Manter hipótese nula

No que diz respeito ao género dos indivíduos, masculino ou feminino, não verificámos uma associação estatisticamente significativa com a perceção do desenvolvimento das atividades de gestão total ($p>0,05$). O mesmo se observa ao analisar cada uma das suas componentes: Prática profissional, ética e legal; Gestão de cuidados; Gestão de recursos; Intervenção política e assessoria e Desenvolvimento profissional, (Quadro 9).

Quadro 10. Idade e o Desenvolvimento de Atividades de Gestão

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição dos valores da “Prática, ética e legal” é semelhante nas categorias da “Idade”	Kruskal-Wallis para amostras independentes	0,125	Manter hipótese nula
2	A distribuição dos valores da “Gestão dos Cuidados” é semelhante nas categorias da “Idade”	Kruskal-Wallis para amostras independentes	0,203	Manter hipótese nula
3	A distribuição dos valores da “Gestão dos Recursos” é semelhante nas categorias da “Idade”	Kruskal-Wallis para amostras independentes	0,154	Manter hipótese nula
4	A distribuição dos valores da “Intervenção Política e Assessoria” é semelhante nas categorias da “Idade”	Kruskal-Wallis para amostras independentes	0,720	Manter hipótese nula
6	A distribuição dos valores da “Desenvolvimento Profissional” é semelhante nas categorias da “Idade”	Kruskal-Wallis para amostras independentes	0,345	Manter hipótese nula

Similarmente, não foi possível observar associações estatisticamente significativas ($p>0,05$) entre perceção do desenvolvimento das atividades na área da gestão e a idade do enfermeiro gestor, (Quadro 10).

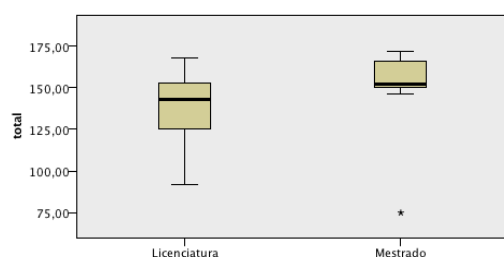
Ao analisarmos a relação entre o grau académico dos enfermeiros gestores e o desenvolvimento das atividades de gestão, foi possível verificar associação estatisticamente significativas ($p<0,05$), nas componentes “Gestão de Recursos”, “Desenvolvimento Profissional”, (Quadro 11).

Quadro 11. Grau Académico e o Desenvolvimento de Atividades de Gestão

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição dos valores da “Prática, ética e legal” é semelhante nas categorias da “Grau Académico”	Kruskal-Wallis para amostras independentes	0,402	Manter hipótese nula
2	A distribuição dos valores da “Gestão dos Cuidados” é semelhante nas categorias da “Grau Académico”	Kruskal-Wallis para amostras independentes	0,233	Manter hipótese nula
3	A distribuição dos valores da “Gestão dos Recursos” é semelhante nas categorias da “Grau Académico”	Kruskal-Wallis para amostras independentes	0,025	Rejeitar a hipótese nula
4	A distribuição dos valores da “Intervenção Política e Assessoria” é semelhante nas categorias da “Grau Académico”	Kruskal-Wallis para amostras independentes	0,188	Manter hipótese nula
6	A distribuição dos valores da “Desenvolvimento Profissional” é semelhante nas categorias da “Grau Académico”	Kruskal-Wallis para amostras independentes	0,043	Rejeitar a hipótese nula

Em relação à perceção do “Desenvolvimento das Atividades de Gestão Total” é possível verificar valores superiores nos enfermeiros gestores com licenciatura e, por fim, os enfermeiros gestores com grau académico de mestrado, (Gráfico 7).

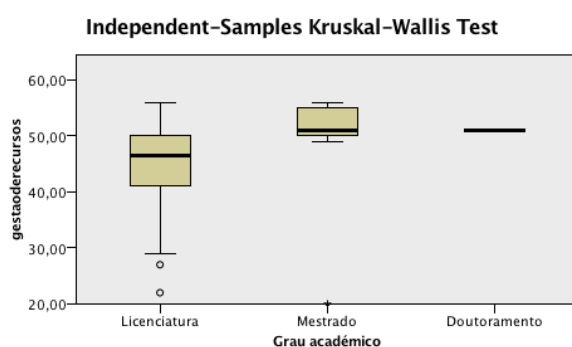
Gráfico 7. Grau Académico e Desenvolvimento de Atividades na Área da Gestão Total



Com a aplicação do teste de *Kruskal-Wallis*, obtivemos um nível de significância estatística de $p=0,041$, sendo possível confirmar a existência de uma associação entre as duas variáveis.

A mesma tendência foi identificada quando estudamos o modo como o Grau Académico está associado à percepção do desenvolvimento de atividades na área da gestão na componente da “Gestão de Recursos”, (Gráfico 8).

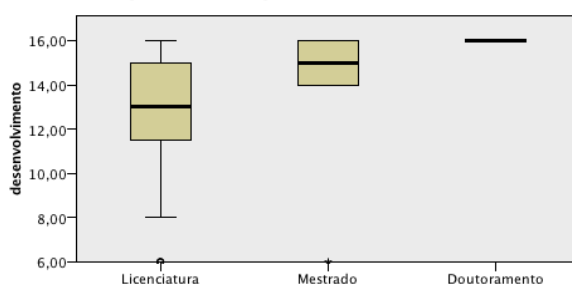
Gráfico 8. Grau Académico e Gestão de Recursos



Neste caso o nível de significância estatística foi de $p=0,025$, obtido de igual modo através do teste *Kruskal-Wallis*.

Já no que diz respeito ao Grau Académico, na componente do “Desenvolvimento Profissional”, observaram-se scores superiores (médias) nos enfermeiros gestores com doutoramento, seguidos dos enfermeiros gestores com grau académico de mestrado e, por fim, pelos enfermeiros gestores com licenciatura, (Gráfico 9).

Gráfico 9. Grau Académico e Desenvolvimento Profissional



De acordo com o teste estatístico aplicado (*Kruskal-Wallis*) foi possível observar uma associação estatística significativa entre as duas variáveis em estudo ($p=0,043$).

Será que existem diferenças significativas entre os enfermeiros gestores e líderes da RAA detentores de título de especialização em enfermagem?

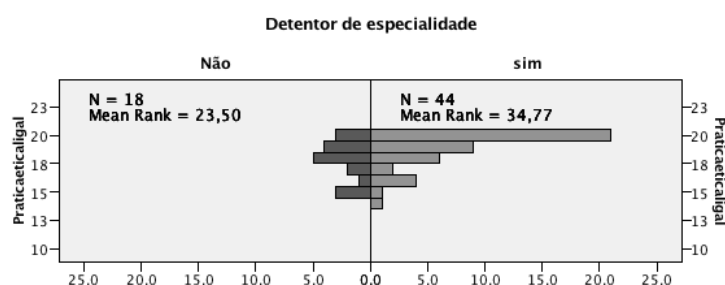
Quando analisada relação entre os enfermeiros gestores detentores de título de especialização em enfermagem e o desenvolvimento das atividades de gestão, foi possível verificar associação estatisticamente significativas ($p < 0,05$) em todas as componentes, exceto no que diz respeito à “Intervenção Política e Assessoria” ($p > 0,05$).

Quadro 12. Área de atuação e Desenvolvimento de Atividades de Gestão

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição dos valores da “Prática profissional, ética e legal” é semelhante nas categorias “Detentor de Especialidade”	U de Mann-Witney para amostras independentes	0,020	Rejeitar a hipótese nula
2	A distribuição dos valores da “Gestão de cuidados” é semelhante nas categorias “Detentor de Especialidade”	U de Mann-Witney para amostras independentes	0,002	Rejeitar a hipótese nula
3	A distribuição dos valores da “Gestão de Recursos” é semelhante nas categorias “Detentor de Especialidade”	U de Mann-Witney para amostras independentes	0,004	Rejeitar a hipótese nula
4	A distribuição dos valores da “Intervenção Política e assessoria” é semelhante nas categorias “Detentor de Especialidade”	U de Mann-Witney para amostras independentes	0,123	Manter hipótese nula
5	A distribuição dos valores da “Desenvolvimento Profissional” é semelhante nas categorias “Detentor de Especialidade”	U de Mann-Witney para amostras independentes	0,006	Rejeitar a hipótese nula

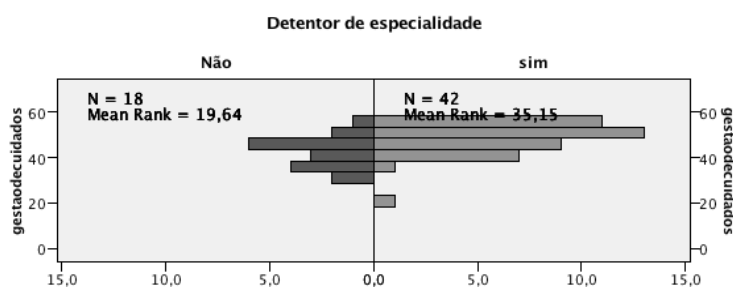
Com a aplicação do teste de *U de Mann-Whitney*, obtivemos um nível de significância estatística de $p = 0,020$, sendo possível confirmar a existência de uma associação entre as duas variáveis, detentores de título de especialização em enfermagem e o desenvolvimento de atividades na área da gestão, relativamente à componente da “Prática Profissional Ética e Legal” (Gráfico 10).

Gráfico 10. Detentor de Especialidade e Prática Profissional Ética e Legal



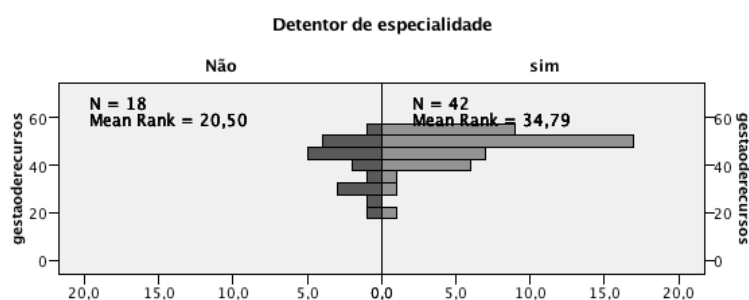
De igual modo a aplicação do teste de *U de Mann-Whitney*, obtivemos um nível de significância estatística de $p = 0,002$, sendo exequível confirmar a existência de uma associação entre as variáveis, detentores de título de especialização em enfermagem e o desenvolvimento de atividades na área da gestão, relativamente à componente da “Gestão dos cuidados”, (Gráfico 11).

Gráfico 11. Detentor de Especialidade e Gestão dos Cuidados



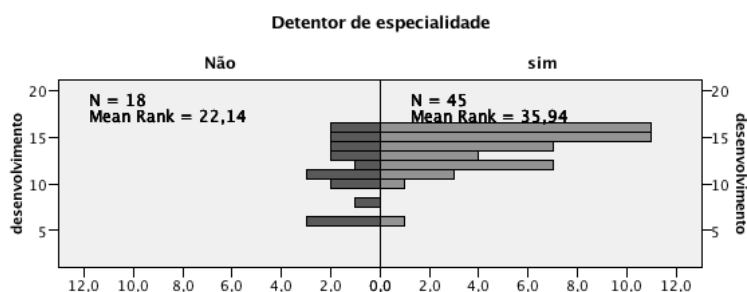
A mesma tendência foi identificada quando estudamos a aplicação do teste de *U de Mann-Whitney*, aos enfermeiros gestores detentores de título de especialização em enfermagem e o desenvolvimento de atividades na área da gestão, relativamente à componente da “Gestão dos Recursos”, com um nível de significância estatística de $p=0,004$, sendo exequível confirmar a existência de uma associação entre estas variáveis (Gráfico 12).

Gráfico 12. Detentor de Especialidade e Gestão de Recursos



Analogamente, aos enfermeiros gestores detentores de título de especialização em enfermagem e o desenvolvimento de atividades na área da gestão, relativamente à componente “Desenvolvimento Profissional”, quando aplicado o teste de *U de Mann-Whitney*, obtivemos um nível de significância estatística de $p=0,006$, sendo praticável confirmar a existência de uma associação entre as variáveis em estudo (Gráfico 13).

Gráfico 13. Detentor de Especialidade e Desenvolvimento Profissional



A mesma tendência foi identificada quando comparadas as diferentes áreas de especialidades dos enfermeiros gestores, com o desenvolvimento das atividades na área de gestão, aplicámos o teste *Kruskal-Wallis*, para amostras independentes, verificamos uma

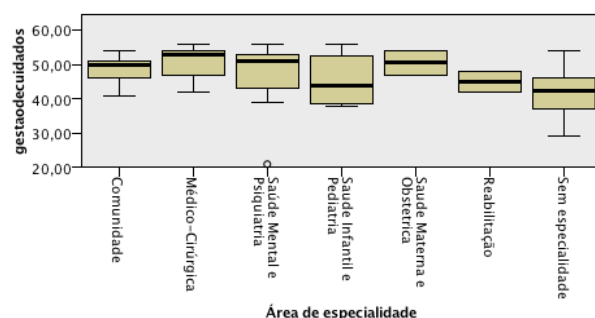
associação estatisticamente significativa apenas nas componentes “Gestão de Cuidados” ($p=0,09$) e “Desenvolvimento Profissional” ($p=0,36$), (Quadro 13).

Quadro 13. Área de Especialidade e Desenvolvimento de Atividades de Gestão

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição dos valores da “Prática profissional, ética e legal” é semelhante nas categorias “Área de especialidade”	Kruskal-Wallis amostras independentes	para 0,276	Manter hipótese nula
2	A distribuição dos valores da “Gestão de cuidados” é semelhante nas categorias “Área de especialidade”	Kruskal-Wallis amostras independentes	para 0,009	Rejeitar a hipótese nula
3	A distribuição dos valores da “Gestão de Recursos” é semelhante nas categorias “Área de especialidade”	Kruskal-Wallis amostras independentes	para 0,050	Manter hipótese nula
4	A distribuição dos valores da “Intervenção Política e assessoria” é semelhante nas categorias “Área de especialidade”	Kruskal-Wallis amostras independentes	para 0,445	Manter hipótese nula
5	A distribuição dos valores da “Desenvolvimento Profissional” é semelhante nas categorias “Área de especialidade”	Kruskal-Wallis amostras independentes	para 0,036	Rejeitar a hipótese nula

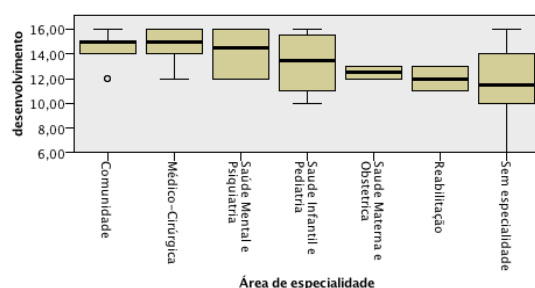
Com a aplicação do teste de *Kruskal-Wallis*, obtivemos um nível de significância estatística de 0,009, sendo possível confirmar a existência de uma associação entre as duas variáveis.

Gráfico 14. Área de Especialidade e Gestão de Cuidados



Verificando o gráfico anterior, no que se refere à área de especialidade, na componente da “Gestão de Cuidados”, observaram-se scores superiores (médias) nos enfermeiros gestores da área de especialidade em Médico-cirúrgica e Comunitária, seguidos pelos da área de especialidade de Saúde Mental e Psiquiatria e, os que possuem scores mais baixos são os da área de especialidade de Saúde Infantil e Pediatria (Gráfico 14).

Gráfico 15. Área de Especialidade e Desenvolvimento Profissional



Analogamente, no que se refere à área de especialidade, na componente da “Desenvolvimento Profissional”, observaram-se scores superiores (médias) nos enfermeiros gestores da área de especialidade em Enfermagem Comunitária e Médico-cirúrgica, seguidos pelos da área de especialidade Saúde Mental e Psiquiatria e, os que possuem scores mais baixos são os enfermeiros gestores sem especialidade, (Gráfico 15).

De acordo com o teste estatístico aplicado (*Kruskal-Wallis*) foi possível observar uma associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis em estudo ($p=0,036$).

Ao analisarmos a relação entre as diferentes áreas de especialidade em enfermagem e o desenvolvimento das atividades na área da gestão, apesar de não terem sido observada uma associação estatisticamente significativa ($p>0,05$) no que diz respeito à “Qualidade Total”, esta existe nas componentes “Gestão de Cuidados” e “Desenvolvimento Profissional” ($p<0,05$), (Quadro 14).

Observando a relação entre a percepção do desenvolvimento das atividades na área da gestão e os enfermeiros gestores serem detentores de pós-graduação na área de gestão ou não, não foram observadas associação estatisticamente significativa ($p>0,05$) em nenhuma das componentes, quando aplicado o teste estatístico de *Kruskal-Wallis* (Quadro 14).

Quadro 14. Pós-Graduação e Desenvolvimento de Atividades na Área da Gestão

	Hipótese nula	Teste		Sig.	Decisão
1	A distribuição dos valores da “Prática, ética e legal” é semelhante nas categorias da “Pós-graduação”	Kruskal-Wallis independentes	para amostras	0,853	Manter hipótese nula
2	A distribuição dos valores da “Gestão dos Cuidados” é semelhante nas categorias da “Pós-graduação”	Kruskal-Wallis independentes	para amostras	0,262	Manter hipótese nula
3	A distribuição dos valores da “Gestão dos Recursos” é semelhante nas categorias da “Pós-graduação”	Kruskal-Wallis independentes	para amostras	0,734	Manter hipótese nula
4	A distribuição dos valores da “Intervenção Política e Assessoria” é semelhante nas categorias da “Pós-graduação”	Kruskal-Wallis independentes	para amostras	0,350	Manter hipótese nula
6	A distribuição dos valores da “Desenvolvimento Profissional” é semelhante nas categorias da “Pós-graduação”	Kruskal-Wallis independentes	para amostras	0,094	Manter hipótese nula

Será que existem diferenças significativas entre os enfermeiros gestores e líderes das Unidades de Saúde e os gestores e líderes dos Hospitais da RAA?

Ao estudarmos a relação entre a “Natureza da Instituição” e o desenvolvimento de atividades na área da gestão, já foi possível verificar algumas associações estatisticamente significativas ($p<0,05$) no que diz respeito à “Prática profissional, ética e legal” ($p=0,037$), assim como na componente da “Gestão dos Cuidados” ($p=0,20$); “Gestão dos Recursos” ($p=0,023$) e “Desenvolvimento Profissional” ($p=0,044$) (Quadro 15).

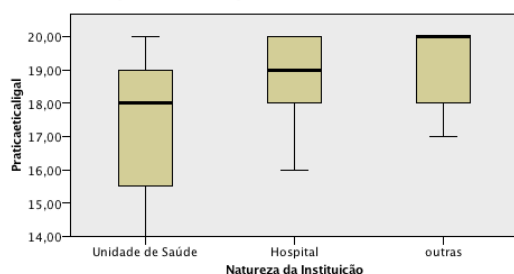
Quadro 15. A Natureza da Instituição está associada à Percepção do Desenvolvimento das Atividades da Gestão

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição dos valores da “Prática, ética e legal” é semelhante nas categorias da “Natureza da Instituição”	Kruskal-Wallis para amostras independentes	0,037	Rejeitar a hipótese nula
2	A distribuição dos valores da “Gestão dos Cuidados” é semelhante nas categorias da “Natureza da Instituição”	Kruskal-Wallis para amostras independentes	0,002	Rejeitar a hipótese nula
3	A distribuição dos valores da “Gestão dos Recursos” é semelhante nas categorias da “Natureza da Instituição”	Kruskal-Wallis para amostras independentes	0,023	Rejeitar a hipótese nula
4	A distribuição dos valores da “Intervenção Política e Assessoria” é semelhante nas categorias da “Natureza da Instituição”	Kruskal-Wallis para amostras independentes	0,188	Manter hipótese nula
6	A distribuição dos valores da “Desenvolvimento Profissional” é semelhante nas categorias da “Natureza da Instituição”	Kruskal-Wallis para amostras independentes	0,044	Rejeitar a hipótese nula

Foi possível observar associações estatisticamente significativas ($p > 0,05$) entre a percepção do “Desenvolvimento das Atividades da Gestão” e a “Natureza da Instituição” (Quadro 15).

Em relação à percepção da “Prática Profissional, Ética e Legal” é possível verificar valores superiores no grupo dos enfermeiros gestores de outras instituições (privadas), seguido pelo grupo dos profissionais dos Hospitais e, por fim, os enfermeiros gestores das Unidades de Saúde (Gráfico 16).

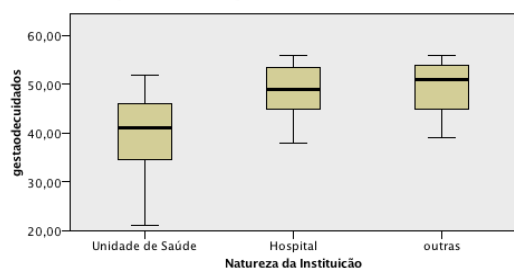
Gráfico 16. Natureza da instituição e Prática profissional, ética e legal



A aplicação do teste de *Kruskal-Wallis* obteve um nível de significância estatística de $p=0,037$, sendo possível confirmar a existência de uma associação entre as duas variáveis.

A mesma tendência foi identificada quando estudamos o modo como a natureza da instituição está associado à percepção na componente “Gestão dos Cuidados” (Gráfico 17).

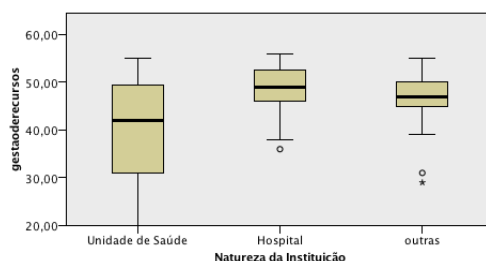
Gráfico 17. Natureza da instituição e Gestão de Cuidados



Neste caso, o nível de significância estatística foi de $p=0,002$, obtido de igual modo através do teste de *Kruskal-Wallis*.

Já no que se refere à percepção da natureza da instituição, na componente da “Gestão de Recursos”, observaram-se scores superiores (médias) nos enfermeiros gestores dos Hospitais, seguidos pelos das Unidades de Saúde e, por fim, pelos enfermeiros gestores de outras instituições (Gráfico 18).

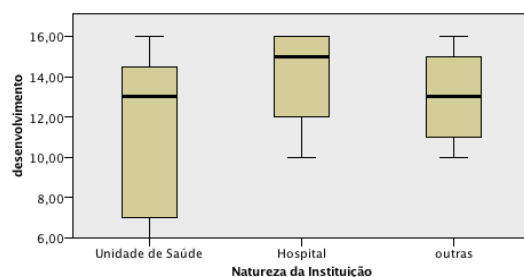
Gráfico 18. Natureza da instituição e Gestão de Recursos



De acordo com o teste estatístico aplicado (*Kruskal-Wallis*) foi possível observar uma associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis em estudo ($p=0,023$).

Relativamente, à percepção da natureza da instituição, na componente “Desenvolvimento Profissional”, observaram-se scores superiores (médias) nos enfermeiros gestores dos Hospitais, seguidos pelos das Unidades de Saúde, por fim, pelos enfermeiros gestores de outras instituições (Gráfico 19).

Gráfico 19. Natureza da Instituição e Desenvolvimento Profissional



Neste contexto, de acordo com o teste estatístico aplicado (*Kruskal-Wallis*) foi possível observar uma associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis em estudo ($p=0,044$).

No que diz respeito à natureza da exploração não verificamos uma associação estatisticamente significativa entre o desenvolvimento das atividades de gestão ($p>0,05$). (Quadro 16).

Quadro 16. Natureza da Exploração e Desenvolvimento das Atividades de Gestão

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição dos valores da “Prática Profissional, ética e legal” é semelhante nas categorias do “Natureza da exploração”	Kruskal-Wallis amostras independentes	0,091	Manter hipótese nula
2	A distribuição dos valores da “Gestão de cuidados” é semelhante nas categorias do “Natureza da exploração”	Kruskal-Wallis amostras independentes	0,071	Manter hipótese nula
3	A distribuição dos valores da “Gestão de recursos” é semelhante nas categorias do “Natureza da exploração”	Kruskal-Wallis amostras independentes	0,376	Manter hipótese nula
4	A distribuição dos valores do “Intervenção política e assessoria” é semelhante nas categorias do “Natureza da exploração”	Kruskal-Wallis amostras independentes	0,204	Manter hipótese nula
5	A distribuição dos valores do “desenvolvimento profissional” é semelhante nas categorias do “Natureza da exploração”	Kruskal-Wallis amostras independentes	0,139	Manter hipótese nula.

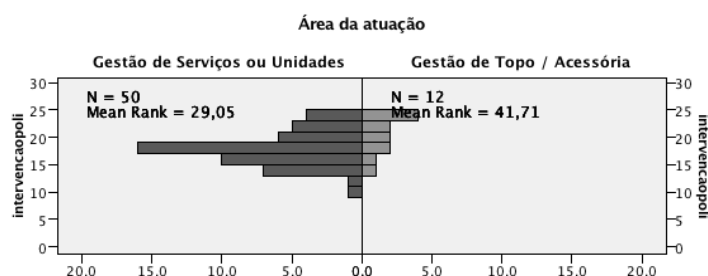
Será que existem diferenças significativas entre os enfermeiros gestores e líderes da gestão de topo e os gestores e líderes da gestão intermédia da RAA?

Quando analisada relação entre a área de atuação e o desenvolvimento das atividades de gestão, foi possível verificar associação estatisticamente significativas ($p < 0,05$) apenas, no que diz respeito à “Intervenção Política e Assessoria” ($p = 0,028$).

Quadro 17. Área de Atuação e Desenvolvimento de Atividades de Gestão

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição dos valores da “Prática profissional, ética e legal” é semelhante nas categorias da “Área de atuação”	U de Mann-Witney para amostras independentes	0,169	Manter hipótese nula
2	A distribuição dos valores da “Gestão de cuidados” é semelhante nas categorias do “Área de atuação”	U de Mann-Witney para amostras independentes	0,585	Manter hipótese nula.
3	A distribuição dos valores da “Gestão de Recursos” é semelhante nas categorias do “Área de atuação”	U de Mann-Witney para amostras independentes	0,663	Manter hipótese nula
4	A distribuição dos valores da “Intervenção Política e assessoria” é semelhante nas categorias do “Área de atuação”	U de Mann-Witney para amostras independentes	0,028	Rejeitar a hipótese nula
5	A distribuição dos valores da “Desenvolvimento Profissional” é semelhante nas categorias do “Área de atuação”.	U de Mann-Witney para amostras independentes	0,823	Manter hipótese nula

Gráfico 20. Área de atuação e Intervenção Política e Assessoria



Quando aplicámos o teste de *U de Mann-Whitney*, obtivemos um nível de significância estatística de $p=0,028$, sendo exequível confirmar a existência de uma associação entre as variáveis, área de atuação e o desenvolvimento de atividades na área da gestão, relativamente à componente da “Intervenção Política e Assessoria”, (Gráfico 20).

Deste modo, tendo em conta os resultados obtidos podemos refutar algumas interrogações colocadas anteriormente, nomeadamente, que “*não há diferenças significativas entre os enfermeiros gestores e líderes da RAA e as suas características sociodemográficas e profissionais relativamente ao sexo*” ($p=0,345$); que “*não há diferenças significativas entre os enfermeiros gestores e líderes da RAA e as suas características sociodemográficas e profissionais relativamente à idade*” ($p=0,341$) e que “*não há diferenças significativas entre os enfermeiros gestores e líderes da RAA detentores de pós-graduação na área da gestão*” ($p=0,562$).

Ao estudarmos a relação existente entre o desenvolvimento de competências acrescidas avançadas na área de atuação dos enfermeiros gestores da RAA, verificamos uma associação estatisticamente significativa nas restantes questões em estudo, nomeadamente: “*Existe diferenças significativas entre os enfermeiros gestores e líderes da RAA e o Grau Académico*”; “*Existe diferenças significativas entre os enfermeiros gestores e líderes da RAA detentores de especialização em enfermagem*”; “*Existe diferenças significativas entre os enfermeiros gestores e líderes da RAA nas diferentes áreas de especialização em enfermagem*”; “*Existe diferenças significativas entre os enfermeiros gestores e líderes das Unidades de Saúde e os gestores e líderes dos Hospitais da RAA*”; “*Existe diferenças significativas entre os enfermeiros gestores e líderes do setor público e do setor privado da RAA*” e “*Existe diferenças significativas entre os enfermeiros gestores e líderes da gestão de topo e os enfermeiros gestores e líderes da gestão intermédia da RAA*”.

Na presença destes resultados, podemos confirmar as restantes questões colocadas previamente, uma vez que existe relação de algumas das componentes com o desenvolvimento das atividades na área da gestão dos enfermeiros gestores da RAA.

Chegados ao fim da apresentação dos principais resultados, consideramos obtidos dados suficientes que nos permitam, após uma análise critico-reflexiva (Fortin, 2009), comparar com outros estudos, com o intuito de responder à questão de partida que norteou o nosso estudo.

Sucintamente foi possível verificar scores médios positivos em todas as componentes da Escala de Perceção do Trabalho de Gestão em Enfermagem (EPTGE), face aos pontos de corte da cada.

6. MERGULHANDO NOS ACHADOS E EMERGINDO NO CONHECIMENTO

“O objetivo desta seção é discutir e interpretar os resultados, sem perder de vista a questão de investigação” Ribeiro (2008, p.146). Nesta interpretação pretendemos reorganizar os resultados, introduzir reflexões e comentários, relacionando-os com o que já se investigou e com o que permanece oculto, o que vai para além das respostas ao conjunto das questões que nortearam a investigação.

Ao descortinar os ganhos obtidos nesta investigação e confrontá-los com outros autores, podemos considerar que os resultados patenteados apresentam diferenças e conformidades, pelo que vamos organizar este capítulo seguindo as questões de investigação, espelhando as competências mais representativas desenvolvidas pelos enfermeiros gestores e líderes. Segundo, Fortin (2009, p.477), *“A interpretação dos resultados é considerada uma das etapas mais difícil do relatório de investigação, pois implica uma reflexão intensa e análise profunda de todo o processo de investigação”*.

A discussão dos resultados é uma das etapas do processo de investigação resolutive, pois possibilita observar os dados obtidos do estudo e envolvê-los em conceitos e/ou resultados de trabalhos de investigação de forma a engrandecer os conhecimentos sobre o estudo. Neste sentido, os resultados decorrentes da avaliação da perceção das competências do enfermeiro gestor, serão analisados tendo como referência os trabalhos similares desenvolvidos em Portugal, por Rego et al. (2015) e Freitas et al. (2018). Também a análise será complementada com recurso à evidência constante na revisão integrativa realizada e pela revisão bibliográfica que compõe o estado da arte.

Através dos resultados alcançados, podemos afirmar que as competências mais representativas dos enfermeiros gestores e líderes da RAA apresentam relações significativas quando relacionadas com as competências dos enfermeiros gestores preconizados pela OE. Para melhor explicitar a problemática, vamos confrontar as evidências encontradas com contributo do conhecimento existente que emergiu de outros autores e suas teorias e estudos.

Ao analisarmos a nossa amostra quanto ao **género**, podemos aferir que os enfermeiros gestores e líderes da RAA são predominantemente do género feminino, com cerca de (61,9%), enquanto a percentagem do género masculino foi apenas (38,1%). Esta disposição perdura desde tempos longínquos, em que a profissão de enfermagem é maioritariamente feminina. A prática da enfermagem está espelhada na prática dos cuidados pela mulher -

que terá decorrido desde os tempos mais remotos, cuidados ligados às necessidades de sobrevivência e com um cunho maternalista (Collière, 1999).

Fortificam-se estes achados, aferindo o *Relatório 2018 e Contas da OE*, que valida “A 31 de dezembro 2018, existiam 73 912 membros da OE. Da totalidade dos membros, 60 737 são do género feminino e 13 175 do género masculino” (p.16). Sendo que destes membros ativos da OE, na RAA, 1 718 são do género feminino e apenas 392 são do género masculino. Analogamente, os resultados de Rego et al. (2015) compreendem uma amostra composta por (74,7%) do género feminino e apenas (22,9%) eram gestores do género masculino.

Em relação aos **grupos etários** dos enfermeiros gestores e líderes desta amostra, conforme foi referido previamente a faixa etária mais representativa é a dos 51 e 60 anos com (39,7%). Comparativamente ao estudo de Rego et al. (2015) a faixa que teve maior predomínio foi dos 41 aos 50 anos correspondendo a (50,6%) e os enfermeiros gestores com mais de 51 anos de idade ocupavam o lugar seguinte com (48,2%). No entanto, a nossa amostra é similar, no estudo de Freitas et al. (2018) onde se verifica que a faixa etária dos 51 aos 60 anos é a mais predominante com (37,5%).

Em relação à distribuição dos enfermeiros gestores por **anos de exercício profissional**, na nossa amostra variou entre 9 e os 40 anos de exercício da profissão, surgindo dois registos mais representativos com idade compreendidas no intervalo, entre 20 e os 29 anos e os 30 e os 40 anos de idade, ambas (33,3%) de representatividade. No estudo de Rego et al. (2015) apuramos que o número de anos de exercício na profissão variou entre os 18 e os 40 anos, sendo o maior número de registos observados em idades compreendidas entre os 25 a 29 anos de exercício (38,6%). Por conseguinte, Freitas et al. (2018) evidenciam uma amostra relativa aos anos de exercício profissional mais representativa no grupo das idades 21 aos 30 anos, o que corresponde a (45,0%) da sua amostra.

No que diz respeito ao **tempo de exercício profissional na área de gestão** constatou-se que os enfermeiros têm entre 0 a 31 anos de experiência na área da gestão, verificando-se que a maior percentagem dos enfermeiros (63,5%) exerce essa função de gestão entre os 0 e 9 anos seguido de 20 a 30 anos (19,3%). Aproximando-se do estudo de Freitas (2018) onde predomina a classe dos enfermeiros gestores entre 6 a 10 anos de serviço na área da gestão, cerca de (52,5%). Contudo no estudo de Rego et al. (2015) predomina a classe com idades 10 aos 19 o que corresponde a (47,0%) da sua amostra.

Ao compararmos a nossa amostra relativamente aos anos de **exercício profissional no atual serviço**, variou entre 0 anos e mais de 20, sendo a classe mais representativa a dos 0 aos 9 anos (61,9%). Relacionando-se com os achados de Rego et al (2015), pois a sua classe mais representativa foi a mesma, entre os zero e 9 anos (62,7%). Freitas et al. (2018) assemelha-se, contudo, a classe mais figurativa nesse estudo, foi dos 6 aos 10 anos (45,0%).

No que concerne às **habilitações académicas**, os enfermeiros gestores (15,9%) detêm pós-graduações em áreas específicas sem ser em gestão, contudo cerca de (36,5%) dos enfermeiros participantes no estudo têm pós-graduação na área da gestão. Destes participantes, mais de um quarto dos enfermeiros tem mestrado (17,5%). Comparativamente, no estudo de Freitas et al. (2018), (47,4%) dos enfermeiros detêm uma pós-graduação em administração e gestão de serviços de saúde e só 3 enfermeiros participantes no estudo possuem mestrado em enfermagem. Analisando Rego et al. (2015) verificamos que os enfermeiros gestores detêm maioritariamente pós-graduações em áreas específicas (33,7%), seguido de cursos de mestrado (12,0%).

Em Portugal, considerando as evidências dos estudos, cada vez mais se constata uma tendência crescente na procura de conhecimento por parte dos enfermeiros, através da formação académica, sendo a área da gestão privilegiada e elementar para o alcance dos objetivos quer pessoais quer organizacionais. Identificamos que a recente alteração à carreira de enfermagem, advertida no recente Dec. Lei N.º 71, de 27 de maio de 2019, veio introduzir alterações ao quadro legal vigente, a carreira de enfermagem é considerada pluricategorial, estruturando-se nas seguintes categorias: enfermeiro; enfermeiro especialista e enfermeiro gestor.

“O reconhecimento é apresentado à relevância que assumem os profissionais de enfermagem no âmbito do SNS, quer em termos de organização e funcionamento de serviços, quer enquanto garantia da qualidade da prestação dos cuidados de saúde e da segurança de procedimentos que lhes compete assegurar, impõe-se espelhar nos diplomas legais que enformam a carreira de enfermagem soluções inicialmente não consagradas” (Dec. Lei N.º 71/2019, p. 2626).

De acordo com o Dec. Lei N.º 71/2019, o conteúdo funcional da categoria do enfermeiro gestor além das funções inerentes às categorias do enfermeiro e de enfermeiro especialista agrega as funções de planeamento, organização, direção e avaliação dos cuidados de enfermagem, utilizando um modelo facilitador do desenvolvimento organizacional e promotor da qualidade e da segurança dos cuidados. *“As competências dos enfermeiros gestores sendo plenamente aproveitadas concorrem para a melhoria da qualidade, acessibilidade e eficiência do SNS”* (Dec. Lei N.º 71/2019, p. 2628).

Apurámos no nosso estudo que, a maioria dos enfermeiros gestores são detentores de título de especialização em enfermagem (68,3%), sendo que a área de especialidade com maior incidência é a Médico-cirúrgica com (28,6%), seguida da Comunitária (14,3%). Aproximamo-nos do estudo de Freitas et al. (2018) onde se verifica que a área de especialização em enfermagem mais predominante foi a Comunitária com (37,1%), seguida da Médico-cirúrgica com (25,7%). Todavia, no estudo de Rego et al. (2015) as áreas de especialização em enfermagem, mais representativas foram a Médico-cirúrgica e Reabilitação (39,8%) e (28,9%), respetivamente.

Estes resultados estão enquadrados com estudo desenvolvido por Rego et al. em 2015, onde foi possível evidenciar que, as atividades de gestão dos enfermeiros daquela investigação representam todas as áreas de competências do enfermeiro gestor, tal como o estudo desenvolvido por Freitas et al. em 2018, onde observamos que os enfermeiros gestores, independentemente da área de exercício profissional valorizam todas as dimensões das competências acrescidas avançadas do enfermeiro gestor.

Mesmo assim, consideramos importante descortinar cada uma das suas dimensões, de forma individualizada, para uma melhor explanação dos resultados evidenciados.

Sobre a **Prática Profissional Ética e Legal**, na opinião dos participantes constatou-se que se preocupam “sempre” com os valores dos enfermeiros e com os valores dos doentes ambos com (93,7%), seguido de “sempre” garante as condições legais para os cuidados e exercício profissional com (73,0%), vindo a decrescer o “sempre” no controla o respeito pela privacidade e individualidade do doente (66,7%) e por último discute questões éticas relacionadas com os cuidados com a sua equipa no total (42,9%). Nestas cinco dimensões não tivemos enfermeiros gestores com a resposta “nunca” e apenas houve uma resposta omissa na dimensão correspondente a controla o respeito pela privacidade e individualidade do doente.

Sugere-nos acrescentar o anteriormente explanado, Carvalho e colaboradores (2015) reforçam que um líder numa organização inspira e envolve um grupo, mais ou menos alargado de colaboradores ou liderados com a visão e estratégias da organização.

Neste enquadramento, Vesterinen et al. (2012) indicam que a liderança efetiva do gestor de enfermagem “modelo” é afiliada à retenção de pessoal, satisfação no trabalho dos enfermeiros, empoderamento da equipa e satisfação dos clientes.

Parafraseamos Hesbeen (2001, p. 87) *“a missão principal do chefe é a de dar atenção ao pessoal do seu serviço, a fim de lhe oferecer as melhores condições possíveis para exercer a profissão, desenvolvê-la e nela encontrar satisfação.”*

Confirmando os valores encontrados no estudo, equipparamos com os achados de Lelli e colaboradores (2012) quando expressam a importância da competência liderança na prática profissional, na organização, na confiança e direcionamento da equipa de trabalho como essenciais na gestão em enfermagem.

Nesta linha de pensamento, Silva (2012) reforça que atualmente, um dos desafios que o enfermeiro gestor encontra, traduz-se em organizar o trabalho dos outros profissionais e em assumir de facto o papel de líder no Sistema de Saúde.

Paralelamente, Freitas et al. (2018) no seu estudo atestam que (80,0%) da amostra preocupa-se com os valores dos enfermeiros e dos clientes no processo de gestão “sempre”; que (57,5%) dos gestores discute questões éticas relacionadas com os cuidados

e com a equipa sempre. Todavia, (80,0%) dos envolvidos controla o respeito pela privacidade e individualidade do doente “sempre” e (20,0%) “às vezes”; assegurar condições legais para os cuidados e exercício profissional, (80,0%) refere garantir “sempre”.

Analogamente, Rego et al. (2015) demonstram que (88,0%) se preocupa “sempre” com os valores dos enfermeiros e dos doentes; quase metade (45,8%) discute “sempre” as questões éticas relacionadas com os cuidados com a sua equipa, e mais de metade (50,6%) discute as questões “às vezes”; o controlo do respeito pela privacidade e individualidade do doente e na garantia de condições legais para os cuidados e exercício profissional, a maioria (74,7%) dos gestores consideram que controlam “sempre”. Neste estudo, nenhum gestor respondeu “nunca” e as respostas omissas equivaleram apenas à frequência de (2,4%).

Todavia, no nosso estudo a opinião dos participantes, na premissa discute as questões éticas relacionadas com os cuidados com a sua equipa reflete apenas (42,9%) da população, o que não seria o resultado desejado uma vez que esta situação está preconizada no Código Deontológico dos Enfermeiros, no artigo 8, sobre os valores humanos “*devendo respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer*”. Este princípio deve estar sempre patente em toda a atividade do enfermeiro gestor, verificando-se assim, uma forte necessidade de fazer formação contínua nesta área.

Neste enquadramento, o papel do enfermeiro gestor relativamente à prática legal e ética na liderança de equipas de trabalho do cuidar do cliente hospitalizado é imbuída de seleção consciente de determinadas ações e comportamentos possíveis para o líder e para o grupo para o qual ele exerce influência. A liderança é uma competência passível de ser apreendida e o enfermeiro gestor com formação em liderança possibilitará ser agente de mudança na organização do processo de trabalho da sua equipa e consequentemente, na assistência ao cliente (Camelo, et al., 2017).

Fradique e Mendes (2012) reforçam que o papel do enfermeiro gestor e líder está orientado para a obtenção dos objetivos da organização. Os objetivos da organização devem ser conhecidos dos seus colaboradores, para que estes possam estar motivados a aumentar a produtividade, a atingir as metas e obter a maior satisfação no trabalho.

Na dimensão da **gestão dos cuidados** e a atividade do enfermeiro gestor, constata-se que a maioria dos enfermeiros gestores respondem preconizar “sempre” na sua atividade entre (27,0%) e (54,0%). Relativamente à dimensão discute com os enfermeiros decisões sobre os cuidados (54,0%) dos enfermeiros gestores respondem que “sempre” exercem a competência. Promove a tomada de decisão clínica foi outra dimensão com maior percentagem que os enfermeiros gestores respondem fazer “sempre” (50,8%). Contudo a dimensão acompanha a execução de cuidados de forma planeada a maior percentagem de

respostas refere que o fazem “muitas vezes” cerca de (49,2%) e só (31,7%) dos enfermeiros gestores faz “sempre”.

Enriquecendo os resultados destas dimensões, reiteramos Camelo et al. (2017) quando caracterizam o enfermeiro gestor como um líder que promove o trabalho em equipa, diligencia um clima de confiança no seio da equipa e partilha o poder, sem menosprezar os liderados. Este líder cria laços de confiança, conduzindo as pessoas para que estas estejam recetivas às mudanças. Estes investigadores destacam a necessidade do desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros gestores e líderes para fortalecê-los com estratégias e/ou ferramentas para uma liderança eficaz.

Na vertente da gestão de cuidados, registamos que esta está intimamente ligada ao ambiente humanizado, e por sua vez, *“promover um ambiente humanizado exige grande empenho por parte das chefias para incutir o espírito do cuidar em toda a máquina administrativa e para questionar a coerência, quer dos comportamentos quer da organização”* (Hesbeen, 2001, p. 93).

Na dimensão prevê e assegura os meios e recursos necessários à prestação de cuidados fazem-no “muitas vezes” num total (65,1%) dos enfermeiros gestores. Já para a dimensão discute riscos dos doentes face aos cuidados e condições de serviço corresponde a (52,4%) das respostas. Seguidamente, na dimensão acompanha a execução de cuidados de forma planeada a maior percentagem de respostas referem que o fazem “muitas vezes” (76,2%).

Garante dotações seguras de acordo com os padrões de qualidade da profissão, respondem “muitas vezes” (41,3%), destacando-se nesta dimensão cerca de (7,9%) 5 participantes referem “nunca”. Semelhantemente, (47,6%) respondem “muitas vezes” na dimensão analisa e avalia a qualidade dos cuidados e implementa medidas corretivas, enquanto na mesma dimensão (39,7%) dos respondentes referem fazer “sempre”. Na dimensão orienta os cuidados de maior complexidade a maioria das respostas situa-se em “muitas vezes” (39,7%).

Estas dimensões, remetem-nos à diretiva de Hesbeen (2001), esta autora conceitua que o chefe é o líder que deve zelar pelos interesses do seu colaborador, proporcionando-lhe um ambiente organizacional propício à sua prática de cuidados diários.

Fradique e Mendes (2013) perpetuam que é aos enfermeiros gestores que cabe a responsabilidade de garantir a qualidade dos cuidados que são prestados no seu serviço, devendo motivar e alertar a equipa para uma prática de enfermagem de qualidade, estando atenta às necessidades do cliente para que os cuidados de enfermagem recebidos sejam de qualidade, garantindo a sua satisfação.

O cuidar é a essência e o pilar dos enfermeiros, devendo ser o centro das ações dos líderes de enfermagem (Fradique & Mendes, 2013).

Quando se fala em ambiente organizacional, é importante salientar que num bom clima organizacional, a harmonia e a coesão da equipa não tem um impacto direto sobre o desempenho, no entanto é de reputar que uma boa coesão da equipa é uma condição necessária para a produtividade dos liderados, logo tem um impacto no ambiente organizacional muito positivo (Ceitil, 2016).

Similarmente, Camelo et al. (2017) no seu estudo patenteiam que os enfermeiros gestores exercem liderança moderada e promovem o trabalho de equipa, num ambiente de confiança e uma visão horizontal. Todavia, revela aspetos de gestão a serem aprimorados pelos líderes por meio de estratégias organizacionais e/ou ferramentas voltadas para as melhores práticas de liderança. Corroboramos da visão que os líderes são os principais vetores responsáveis pela melhoria do desempenho, desenvolvendo, implementando e monitorizando a gestão nos serviços.

Nesta linha de pensamento, Chipeta et al. (2016) elencam que as principais determinantes da motivação e do desempenho organizacional são as práticas de liderança. Reconhecem que estas práticas têm uma dimensão, cada vez mais, reconhecida nos resultados de qualidade nos cuidados. As principais componentes de liderança preconizadas por Chipeta e colaboradores passam pela influência idealizada, a motivação inspirada, estimulação intelectual e consideração individual. Liderar implica envolver os seguidores além das expectativas, estabelecendo autoridade de liderança e integridade, ao mesmo tempo que inspira e motiva os subordinados.

Neste enquadramento, Massod et al. (2017) fortificam que cabe aos enfermeiros gestores a responsabilidade de garantir a qualidade dos cuidados que são prestados nos seus serviços, devendo motivar e alertar a equipa para uma prática de enfermagem de qualidade, estando atentos às necessidades do cliente para que os cuidados de enfermagem recebidos sejam de qualidade, garantindo a sua satisfação.

Constatámos, na dimensão desenvolve planos de melhoria contínua da qualidade, “muitas vezes” (55,6%) e “sempre” (27,0%). Elabora, aplica, avalia e atualiza procedimentos orientadores de utilização de equipamentos e material, “muitas vezes” (42,9%). Contribui para o desenvolvimento de boas práticas, através da utilização adequada dos recursos materiais existentes na unidade (54,0%). Nas duas dimensões garante ambientes seguros, identificando, gerindo riscos e introduzindo medidas corretivas e gere as situações clínicas graves, tanto quanto aos doentes e famílias como quanto à equipa asseguram fazê-lo “sempre” (47,6%). Na dimensão tomada de decisão para garantir os melhores cuidados para os doentes, identifica-se uma realidade inquietante dado que os participantes respondem que o fazem “muitas vezes” num total de (76,2%) e para “sempre” não foram obtidas respostas.

Carvalho et al. (2015, p. 106) reforçam *“A tomada de decisão é geralmente definida como a escolha de um curso de ação, de várias alternativas possíveis, com o objetivo de atingir um fim específico.”*

Lelli et al. (2012) realçam que os profissionais de enfermagem devem de estar preparados para tomar iniciativa, a gestão e a administração do trabalho, recursos físicos e de materiais e de informação.

Subentendemos, que cabe ao enfermeiro gestor e líder, relativamente, à dimensão da tomada de decisão para garantir os melhores cuidados para os clientes, na competência da gestão de cuidados, estar desperto para o reconhecimento de um problema/situação crítica, ter a perceção real de oportunidades ou ameaças no ambiente que envolve a sua organização, de forma a intervir com eficácia e eficiência no seu contexto de trabalho.

Silva (2012) na investigação que promoveu, concluiu que a prática de tomada de decisões pelos enfermeiros gestores será uma área que deverá ser repensada, ou seja, os gestores de enfermagem deverão ser capazes de tomar decisões acreditando e criando condições para a prática de gestão mais autónoma, procurando o seu aperfeiçoamento em formações.

Nesta região arquipelágica, os nossos resultados são preocupantes, quando apreciamos os valores da opção “sempre” inferiores a menos de metade da população, nomeadamente nas dimensões: desenvolve planos de melhoria contínua da qualidade (27,0%); acompanha a execução de cuidados de forma planeada (31,7%); garante as dotações seguras de acordo com os padrões de qualidade da profissão (33,3%) e elabora, aplica, avalia e atualiza procedimentos orientadores da utilização de equipamento e material (34,9%).

Neste enquadramento, Guerra (2015) na sua investigação sobre “As dotações dos enfermeiros e os eventos adversos - uma análise do impacto”, vem demonstrar a evidência que a dotação de enfermeiros está associada à segurança dos doentes, nomeadamente, no que se refere à demora média de internamento ou com a mortalidade hospitalar ajustada ao risco, acrescenta que é elementar sustentar alterações no modelo de gestão dos recursos humanos de enfermagem de forma a dar contributo para a melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde ao cliente.

Freitas et al. (2018) no seu estudo relativamente às atividades do enfermeiro gestor descritas anteriormente, no que se refere à dimensão gestão de cuidados, a que mais se destaca, pela maior frequência de reconhecimento, é a tomada de decisão de forma a garantir os melhores cuidados para os doentes (87,5%), e com menor registo atividades que se prende com a elaboração, aplicação, avaliação e atualização dos procedimentos orientadores da utilização de equipamento e material. No entanto, a atividade relativa ao acompanhamento da execução de cuidados planeados é referida com maior frequência nas atividades desenvolvidas “às vezes” (50,0%), em correspondência com a elaboração,

aplicação, avaliação e atualização dos procedimentos orientadores da utilização de equipamento e material. Todavia, é a atividade com maior menção de realizada “poucas vezes” (12,5%).

Já Rego et al. (2015) ao analisar a atividade de gestão de cuidados na sua investigação descortinam que menos de metade (47,0%) dos gestores elaboram, aplicam, avaliam e atualizam sempre os procedimentos orientadores da utilização de equipamento e material; progredindo na sua opinião para (49,4%) que orientam “sempre” cuidados de maior complexidade e (50,6%) desenvolvem “sempre” planos de melhoria contínua da qualidade. Esta autora evidencia que os gestores expressam que realizam as seguintes atividades: garantem “sempre” (54,2%) ambientes seguros, identificando, gerindo riscos e introduzindo medidas corretivas; gerem “sempre” (59,0%) as situações clínicas.

Na mesma percentagem com (64,1%) promovem “sempre” a tomada de decisão clínica e acompanham “sempre” a execução de cuidados de forma planeada; discutem “sempre” (62,7%) os riscos dos doentes face aos cuidados e condições do serviço; prevê e asseguram “sempre” (69,9%) os meios e recursos necessários à prestação de cuidados e contribuem “sempre” (74,7%) para o desenvolvimento das boas práticas, através da utilização adequada dos recursos materiais existentes na unidade.

Deste modo podemos concluir que a distribuição da opinião dos enfermeiros gestores sobre a sua liderança relativa à Gestão de Cuidados, comparativamente com os trabalhos de Rego et al. (2015) e Freitas et al. (2018) realizados em Portugal, é menos satisfatória e até inquietante.

Reiteramos Lelli et al. (2012) na sua investigação elevam o desenvolvimento de competências de gestão na área da saúde e em especial de enfermagem como um desafio.

Relembramos o Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2015, p. 59) adverte no Art.º 81 alinha a) que o enfermeiro no seu exercício, observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra e assume o dever de *“Cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa”*, e consideramos ainda o Art.º 83, no enunciado do respeito direito aos cuidados, onde está patente na alinha a) que *“o enfermeiro deve responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento”* (OE, 2015, p. 69)

Estimando a categoria da **gestão dos recursos** à semelhança da categoria gestão dos cuidados, a maioria dos enfermeiros gestores respondem “sempre” para quase todas as questões, exceto para as dimensões: atua como formador na equipa multi e infra disciplinar (28,6%) referem “sempre” e (46,0%) respondem “muitas vezes”; promove e avalia a satisfação profissional dos enfermeiros e de outros colaboradores (25,4%) respondem “sempre” e (44,4%) referem “muitas vezes”.

Reiteramos neste contexto, Blanchard e Muchnick (2012) a liderança é um processo de conduzir as pessoas para onde devem ir, sendo que a maior realização de um líder é ganhar o respeito e a confiança da sua equipa. Estes autores partem da premissa que fatores como a integridade, a parceria e o louvor são ingredientes aludidos para uma liderança duradoura. Face ao engrandecimento da confiança e determinação dos elementos da equipa, o verdadeiro líder passa o tempo a assegurar que não lhes falem os recursos de que necessitam. Neste contexto, o líder promove a confiança da sua equipa, encoraja os colaboradores a pensarem por si próprios e estimula-os a fazerem as chamadas pausas de “*higiene mental*”, para minimizar o *stress*.

Na dimensão afetam os enfermeiros segundo a intensidade e complexidade dos cuidados, através de metodologias que permitam calcular, em antecipação, o número de horas de cuidados necessários (34,9%), respondem que o fazem “sempre”. Já relativamente ao cálculo das necessidades de enfermeiros de acordo com as condições do serviço (66,7%) respondem “sempre” que têm esta dimensão em conta na sua atividade. Nas dimensões avaliação do desempenho dos enfermeiros (66,7%) posicionam-se no “sempre”; assistem à passagem de turno (47,6%); promovem o empenhamento e a motivação da equipa (visão global) (52,4%); cria e mantém e desenvolve a coesão, o espírito de equipa e um ambiente de trabalho, gerindo conflitos (57,1%) referem “sempre”; coordena o processo de integração dos colaboradores e assume um papel de referência (68,3%) refere “sempre”.

Reiteramos a perspetiva de Costa (2018, p. 26) “*Os gestores com capacidades humanas conseguem obter o melhor dos outros, pois sabem como comunicar, motivar, liderar, conseguindo transmitir um entusiasmo motivador e confiança aos outros.*”

Costa et al. (2016) dá ênfase às capacidades dos gestores em dirigir, desenvolver e capacitar os recursos humanos, com o fim de assegurar as exigências e expectativas dos clientes.

Verificamos que na dimensão, promove reuniões com os enfermeiros (58,7%) dos enfermeiros gestores alegam que “sempre” o fazem. Garantem mecanismos de comunicação formal da equipa e de outros colaboradores (46,0%) mencionam “sempre” e na dimensão assegura a planificação, a organização, a coordenação e a avaliação da qualidade dos serviços de apoio (46,0%) proferem “sempre”.

Considerando estas dimensões da competência da gestão de recursos do enfermeiro gestor e líder, relembramos o preconizado por Hesbeen (2001, p. 98) “*comunicar, escutar, promover a discussão com simplicidade sem procurar persuadir, são palavras que contribuem grandemente para a credibilidade do chefe, logo para o reconhecimento das suas funções*”.

Neste enquadramento, Daire e Gilson (2014) referem ser importante para o enfermeiro gestor encorajar o apoio informal contínuo ou as reuniões com pares para partilhar

experiências; apoiar a prática reflexiva pessoal para desenvolver a autoconsciência e autoconfiança necessárias para liderar, inspirar e motivar os colaboradores. Acrescentam, que a reestruturação de reuniões formais existentes para reflexão e espaços de aprendizagem são uma mais-valia para a motivação das equipas.

Na perspetiva de Blanchard e Johnson (2018) a importância das reuniões semanais, emergem como um momento de escuta atenta dos colaboradores, enquanto estes revêm e analisam o que foi feito durante a semana anterior, o que ficou por fazer, os problemas que surgiram e os planos e estratégias a adotar para os resolver. Estes autores advogam que os resultados e os colaboradores de uma organização são fatores indissociáveis.

Cabe destacar, neste enquadramento a premissa de Tappen (2005, p. 77) *“a comunicação adequada está no centro da liderança eficiente. Saber escutar de forma eficiente, ser íntegro, confirmar percepções, reagir e articular, e partilhar uma visão do futuro, são todos elementos de uma boa comunicação para uma liderança eficiente”*.

Falar de competências do enfermeiro gestor na área da gestão dos recursos, implica falar de liderança e as suas capacidades como comunicação efetiva, confronto e negociação, raciocínio crítico, resolução de problemas, condução de reuniões e conferências. Liderar abrange muitas facetas do comportamento humano, inclusive motivação, os efeitos da cultura, teorias de liderança, desenvolvimento de grupo, trabalho de equipa, dinâmica organizacional, poder e conflito (Tappen, 2005).

Noutra vertente, Munyewende et al. (2016) elencam no seu estudo que os gestores de enfermagem precisam de oportunidades para aperfeiçoar suas habilidades de liderança, reflexão pessoal, orientação e treino formal. Assim, a promoção da liderança e do conhecimento na área de gestão irá influenciar a sua satisfação no trabalho e por conseguinte na gestão da equipa.

Fradique e Mendes (2013) complementam que a qualidade em saúde depende de forma significativa do “líder” e da forma como este gere o serviço quer em termos ambientais, humanos ou técnicos.

Chipeta et al. (2016) identificaram como resultados no seu estudo os fatores que influenciam de forma negativa a motivação dos colaboradores, nomeadamente, falta de transparência nas práticas de gestão de recursos humanos, a falta de feedback ou reconhecimento dos gestores.

Contrariamente, as atividades com maior frequência de registo de “nunca” serem realizadas são, assistir à passagem de turno (19,0%); afetar os enfermeiros segundo a intensidade e complexidade dos cuidados, através de metodologias que permitam calcular, em antecipação, o número de horas de cuidados necessários (19,0%) e nas dimensões: avaliação do desempenho dos enfermeiros e promoção da avaliação da satisfação

profissional dos enfermeiros e de outros colaboradores, ambas com registo de “nunca” (7,9%).

Similarmente, ao estudo de Freitas et al. (2018) à prática na área da gestão de recursos humanos, as atividades como promover reuniões com os enfermeiros, assistir à passagem de turno, avaliar o desempenho dos enfermeiros e coordenar o processo de integração dos colaboradores, que assumem um papel de referência como praticando “sempre”. Indicam que praticam, de igual modo, o cálculo das necessidades de enfermeiros, de acordo com as condições dos serviços, alocando os enfermeiros segundo a intensidade e complexidade dos cuidados, através de metodologias que permitam calcular, em antecipação, o número de horas de cuidados necessários.

Das atividades anteriormente referidas como praticadas “sempre”, emerge com maior frequência a criação, manutenção e desenvolvimento da coesão, o espírito de equipa e um ambiente de trabalho, gerindo conflitos, com (80,0%) das respostas. Para esse fim, os enfermeiros gestores desenvolvem “sempre” a distribuição dos enfermeiros de acordo com as necessidades dos doentes, promovendo o empenhamento e a motivação da equipa (visão global) e garantindo mecanismos de comunicação formal dentro da equipa e desta com outros colaboradores.

Analogamente, Rego et al. (2015) descortinam que a na categoria gestão de recursos, a promoção de reuniões com os enfermeiros é realizada “sempre” (66,3%); que o gestor assiste “sempre” à passagem de turno na mesma percentagem; (78,3%) que faz “sempre” a avaliação de desempenho; coordena “sempre” (69,9%) o processo de integração dos colaboradores e assume um papel de referência; calcula as necessidades de enfermeiros de acordo com as condições dos serviços (59,0%) calcula “sempre”; metade (50,6%) considera que afeta “sempre” os enfermeiros segundo a intensidade e complexidade dos cuidados.

Mantém e desenvolvem “sempre” a coesão, o espírito de equipa e um bom ambiente de trabalho, gerindo conflitos em três quartos (75,9%) e expressam que o fazem “às vezes” em menos de um quarto (21,7%); distribui “sempre” os enfermeiros de acordo com as necessidades dos doentes em três quartos (71,1%); promove “sempre” o empenhamento e a motivação da equipa (67,5%) (visão global).

A garantia de mecanismos de comunicação formal da equipa e de outros é realizada por (57,8%) dos gestores; assegura “sempre” em menos de metade (44,6%) a planificação, a organização, a coordenação e a avaliação da qualidade dos serviços de apoio; atua como formador na equipe multi e intra disciplinar “sempre” (36,1%); assegura “sempre” e “às vezes” com percentagens iguais (44,6%) a planificação, a organização, a coordenação e a avaliação da qualidade dos serviços de apoio; atua “sempre” (36,1%) como formador na equipe multi e intradisciplinar; promove e avalia “sempre” (38,6%) satisfação profissional

dos enfermeiros e de outros colaboradores e cria e mantém “sempre” em mais de metade (75,9%) as condições para um trabalho coletivo.

Segundo a premissa de Nelas et al. (2013) e tendo por base a realidade portuguesa, é ilustrada a necessidade de se considerar com rigidez os métodos de cálculo de número de enfermeiros quando se estuda o dimensionamento de equipas de enfermagem. Refere ser necessário considerar na segurança e na resposta adequada às necessidades, a utilização de mais do que um método de estimação de dotações seguras em enfermagem, tendo em conta o contexto de cada equipa.

A gestão de recursos humanos está intimamente ligada com a gestão de cuidados basta considerarmos a relevância de persistir na necessidade de ter dotações seguras, no que respeita às chefias operacionais, cuja particular tarefa é garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem do seu contexto, tal como anteriormente descrevemos no que concerne à importância das dotações seguras nas organizações de saúde. Todavia, reforçamos que há outros níveis de gestão em enfermagem em especial ao nível estratégico a quem cabe assegurar a procura das dotações seguras nos serviços, neste caso particular do nosso estudo, cabe aos enfermeiros gestores das atuais administrações de topo das organizações de saúde da RAA.

Comparativamente, a investigação de Potra (2015) sobre gestão de cuidados de enfermagem: das práticas dos enfermeiros chefes à qualidade dos cuidados de enfermagem, reforça que a *praxis* quotidiana da gestão de cuidados dos enfermeiros chefes passa por explorar e aplicar o potencial do enfermeiro como coordenador de cuidados, assegurando, neste papel de interface entre pessoas a cuidar, profissionais e instituições, que a integração de cuidados seja efetiva e que os recursos existentes sejam utilizados de forma adequada.

Neste contexto, Carvalho et al. (2015) alertam para a importância de estratégias que definam o foco de intervenção e os instrumentos da gestão de recursos humanos, pois gestão de recursos humanos implica alcançar os objetivos organizacionais traçados e fortalecer as relações na organização.

Em relação, à competência do enfermeiro gestor e líder na dimensão de gestão de recursos, contata-se que se assegura a promoção e avaliação da satisfação profissional dos enfermeiros e de outros colaboradores, bem como a criação e manutenção de condições para um trabalho cooperativo.

Na área de dimensão **Intervenção política e assessoria** mais de metade dos gestores responderam que adaptam os recursos materiais às necessidades, tendo em conta a relação custo-benefício (55,6%). Neste enquadramento, Carvalho et al. (2015) na sua obra valorizam o principal objetivo do gestor que será garantir o bom desempenho organizacional, trabalhando com e através dos outros, para atingir os objetivos

organizacionais, com a utilização mais eficaz e eficiente de recursos num contexto de mudança.

Verificamos assim, que relativamente à participação na definição e implementação de políticas de saúde do hospital (instituições de saúde) é muito baixa (19,0%), assim como participa em grupos de trabalho e comissões na área de gestão de risco clínico e não clínico (23,8%). Contudo, sendo a elaboração dos relatórios de serviço anuais uma competência do enfermeiro chefe legislada (Art.º 23 do DL N.º 188/2003, de 20 de agosto), verificamos que (27,0%) dos enfermeiros gestores referem que elaboram “sempre”, o que podemos concluir que não é prática corrente nas funções dos participantes deste estudo.

Na dimensão participa no planeamento estratégico do serviço verificamos que (39,7%) dos enfermeiros gestores relatam que “sempre” o fazem e na dimensão concebe e operacionaliza projetos do serviço, implica-se e implica a equipa no desenvolvimento e na implementação de projetos organizacionais (34,9%) citam “sempre” ter em conta na sua prática enquanto gestores e líderes.

Neste contexto, Lelli et al. (2012) também reforçam que o planeamento é uma competência relevante no trabalho do enfermeiro supervisor.

As respostas “muitas vezes” tidas em conta na prática pelos enfermeiros gestores e líderes na área de competência de intervenção política e assessoria, constatamos o seguinte: participação na definição e implementação de políticas das organizações de saúde (50,8%); participação no planeamento estratégico do serviço e elaboração dos relatórios de serviço, ambas as dimensões com (44,4%); concebe e operacionaliza projetos de serviço, implica-se e implica a equipa no desenvolvimento e na implementação de projetos organizacionais (42,9%); participação em grupos de trabalho e comissões na área da gestão de risco clínico e não clínico (30,2%) e adaptação dos recursos materiais às necessidades, tendo em conta a relação custo benefício (28,6%).

Podemos aferir que os enfermeiros gestores no que diz respeito a intervenção política e assessoria, dão mais relevo relação custo-benefício na adaptação dos recursos materiais (55,6%), sendo que uma percentagem muito baixa refere “sempre” o faz (19,0%) na definição e implementação de políticas de saúde no hospital. Uma percentagem considerada significativa de enfermeiros gestores e líderes respondem que “nunca” (20,6%) participam em grupos de trabalho e comissões na área da gestão de risco clínico e não clínico.

Neste enquadramento, notamos alguma analogia com Silva, F. (2012) pois, no seu estudo constata que a prática de gestão se encontra numa fase inicial, verificou que os enfermeiros gestores da sua investigação manifestavam pouca ou nenhuma autonomia em resolver os assuntos de natureza de gestão. A investigadora refere que a prática se encontrava em aprimoramento, mudança e reconhecimento formal.

Rego et al. (2015) relativamente ao enfermeiro gestor e suas necessidades em formação, na categoria intervenção política e assessoria, constatamos que mais de três quartos (80,7%) dos gestores responderam que adaptam “sempre” recursos materiais às necessidades, tendo em conta a relação custo-benefício, seguido da resposta expressa de que participam “sempre” (44,6%) no planeamento estratégico de serviço e concebem e operacionalizam projetos no serviço “sempre” (43,4%) implicando-se e implicando a equipa no desenvolvimento e na implementação de projetos organizacionais.

Rego et al. (2015) evidenciam que a dimensão participa na definição e implementação de políticas de saúde do hospital (47,0%) expressa que participa “às vezes”, sendo que apenas (12,0%) responde “sempre”. Reforça que os gestores não participam no hospital, de forma constante na definição e implementação de políticas de saúde, verifica que a soma das percentagens de “nunca” e “poucas vezes” é (39,8%) comparativamente com a resposta “sempre” (12,0%). Elabora relatórios de serviço, (51,8%) dos gestores refere que elabora “às vezes”, elaborando “sempre” (43,4%) e (6,0%) dos gestores não responderam. Finalizando, comporta que, observou que apenas um quarto (27,7%) dos gestores participa “sempre” em grupos de trabalho e comissões na área da gestão de risco clínico.

Paralelamente a investigação de Freitas et al. (2018), revelam as atividades classificadas com prática frequente na intervenção política e assessoria pelo enfermeiro gestor, são adaptar os recursos materiais às necessidades, tendo em conta a relação custo-benefício (77,5%); conceber e operacionalizar projetos no serviço, o que implica envolver-se e envolver a equipa no desenvolvimento e na implementação de projetos organizacionais (52,5%) e (50,0%) elaborar relatórios de serviço. Participam no planeamento estratégico do serviço (47,5%), participam em grupos de trabalho e comissões na área da gestão de risco clínico e não clínico (52,5%) “às vezes”. Apesar de existirem (15,0%) dos inquiridos que “nunca” participaram na definição e implementação de políticas de saúde do hospital e (35,0%) participam “poucas vezes”, espelha uma realidade contrária ao que se verifica no nosso estudo.

Neste contexto, Ceitil (2016) elenca que lideranças pressupõem capacidade de visão, perspicácia no diagnóstico e implementação de medidas nos processos de mudança, na sustentação da confiança e determinação pela conquista das metas e objetivos dos profissionais e da organização.

Carvalho et al. (2015) dão ênfase à importância da liderança com a presença de um líder que inspira e envolve um grupo, mais ou menos alargado de liderados com a visão e estratégias da organização. Reforça que a liderança depende forçosamente do líder das suas características, capacidades de comunicação, da sua capacidade de trabalhar em grupos e equipas.

Neste enquadramento, Rocha et al. (2016) reiteram que as múltiplas exigências, os ambientes em mudança e os avanços científicos e tecnológicos requerem um aumento

substancial das responsabilidades dos enfermeiros chefes implicando continuamente a redefinição das suas funções e papéis, e um olhar atento sobre a evolução das suas competências que se tornam de forma ascendente num grande desafio.

A ocorrência de respostas do tipo “poucas vezes” e pelo facto de emergir a resposta “nunca” nesta competência de intervenção política e assessoria, trata-se de uma área na qual os enfermeiros gestores e líderes da RAA devem focar mais a sua atenção, cumprindo os desígnios do PNS extensão a 2020 (PNS, 2015), com foco na promoção de políticas saudáveis e de ambientes promotores de saúde.

No que diz respeito ao **desenvolvimento profissional**, nesta categoria foram abordadas quatro dimensões, tendo-se verificado que cerca de mais de metade das respostas foi “sempre”, quando se posicionam face à estimulação dos enfermeiros à autoformação (65,1%), seguida da dimensão de promover a formação formal e informal da equipa (55,6%), baixando para pouco menos de metade quando se refere a promover a enfermagem baseada na evidência (47,6%). Alicerçando o papel do gestor no sentido de proporcionar espaços de reflexão sobre as práticas de forma a promover o empenhamento da equipa na gestão das suas próprias competências (30,2%), cerca de um terço dos participantes referem fazê-lo “sempre”.

Constatamos nas respostas dos enfermeiros gestores e líderes para as dimensões promover a enfermagem baseada na evidência e proporcionar espaços de reflexão sobre as práticas de forma a promover o empenhamento da equipa na gestão das suas próprias competências (6,3%) de respostas no “nunca” o fazem na sua prática.

Conferimos com o estudo de Rego et al. (2015) na categoria desenvolvimento profissional, que cerca de três quartos (72,3%) dos gestores estimulam “sempre” os enfermeiros à autoformação, (71,1%) promovem “sempre” a formação formal e informal da equipa e cerca de metade (55,4%) promovem a enfermagem baseada na evidência. Em relação, aos espaços de reflexão sobre as práticas de forma a promover o empenhamento da equipa na gestão das suas próprias competências, metade (50,6%) dos gestores proporcionam “às vezes” e (41,0%) proporcionam “sempre”. As respostas nulas neste grupo, variaram entre (3,6%) e (7,2%), em que 6 gestores não responderam à questão sobre a estimulação à autoformação dos enfermeiros.

Freitas et al. (2018) por seu lado, aferiram uma referência de todas as atividades descritas como praticadas “sempre”, em que surge com (77,5%) a promoção da enfermagem baseada na evidência; com menor frequência, dentro do grupo, a estimulação dos enfermeiros à autoformação (62,5%). Destaca que nenhuma das atividades foi indicada como “nunca” praticada; todavia, surgem como pouco praticadas, as seguintes atividades: estimular os enfermeiros à autoformação (5,0%) e proporcionar espaços de reflexão sobre as práticas de forma a promover o empenhamento da equipa na gestão das suas próprias competências (5,0%).

Corroboramos a opinião de Freitas e suas colaboradoras (2018) quando referem acreditar que a busca contínua de conhecimento e desenvolvimento de competências de gestão e liderança por parte do enfermeiro gestor lhe possibilita, enquanto profissional, desenvolver o seu próprio estilo de gestão, que em fusão com as suas crenças, atitudes, ética e carácter, lhe permite ser um líder singular, com uma cultura de abertura à participação colaborativa e valorização do potencial de cada elemento da equipa, na construção de um bem comum.

Por conseguinte, Vesterinen et al. (2012) elencam no seu estudo que o líder incentiva os colaboradores a desenvolver metas e planos para alcançá-las, desta forma influencia diretamente o desenvolvimento profissional. Realça que a habilidade para criar laços e procurar relacionamentos mutuamente benéficos afeta a cooperação na unidade de trabalho.

Lorber e Savi (2011) preconizam que os líderes em enfermagem devem incentivar o envolvimento dos funcionários e incluir seus conhecimentos na melhoria da qualidade em enfermagem. No entanto, estes autores, na sua investigação, constataram que quase metade dos enfermeiros gestores / líderes usaram um estilo de liderança inadequado no seu contexto de trabalho.

Blanchard e Johnson (2018) acrescentam que a liderança eficiente assenta em relações de proximidade.

O líder deve ser observado como o responsável que exige que se mantenha a confiança e a confiança da equipa que lidera. O enfermeiro gestor e líder que tira proveito das oportunidades das diferentes estratégias de liderança existentes, consegue usá-las construtivamente, tendo em conta que a liderança é a arte de influenciar e inspirar os outros a atingir as metas (Tappen, 2005).

Neste contexto, Hesbeen (2001) expõe que o enfermeiro gestor, deve ir de encontro aos objetivos da organização e acrescenta que a missão principal de chefe é a de dar atenção ao pessoal de serviço, a fim de lhe oferecer as melhores condições possíveis para exercer a profissão, desenvolvê-la e nela encontrar satisfação.

Tau et al. (2018) descortinam que independentemente dos estilos de liderança específicos e habilidades utilizadas pelos enfermeiros gestores, o empoderamento e partilha de poder são formas inovadoras de encorajar todos os profissionais de saúde a se envolverem e comprometerem com o trabalho.

Por conseguinte, Carvalho et al. (2015) elencam que uma organização bem-sucedida precisa de equipas para funcionar eficazmente. As equipas devem ser definidas e estruturadas para resolver questões complexas que exigem tempo e diferentes competências.

Nesta premissa, Daire e Gilson (2014) revigoram que uma identidade de liderança reflete a gestão das suas próprias emoções, o empoderamento pró-ativo da equipa e o desenvolvimento de relações formais que ajudem a “navegar” pelo sistema de saúde.

Reiteramos a ideia dos diferentes autores, falar em desenvolvimento profissional pressupõe uma atualização constante, fomentando o desenvolvimento de boas práticas e a qualidade dos cuidados, é uma prática que a profissão de enfermagem deve manter sempre “aprumada”, e cabe ao enfermeiro gestor ser o elemento que, além de promover o seu autodesenvolvimento, terá que o potencializar na equipa que gere, apreciamos a avaliação desta competência muito significativa neste estudo.

Nesta lógica, as competências acrescidas avançadas do enfermeiro gestor é um assunto vasto, complexo que requer atenção por parte destes enfermeiros, não pode ser menosprezada cada dimensão que compõe as diferentes competências em gestão. Apela-se aos enfermeiros gestores e líderes que permaneçam despertos para os seus papéis dentro da organização de saúde, invocando os seus talentos para procurar enriquecer os horizontes da prática de gestão de cuidados de enfermagem com qualidade.

As mudanças na atual carreira de enfermagem são consideradas como um dos principais desafios colocados aos enfermeiros, pois emerge uma possibilidade de evolução profissional e de valorização da enfermagem há muito pretendida. Subsiste ao enfermeiro gestor e líder encontrar mecanismos para melhorar a sua autorreflexão e promover um desenvolvimento de competências consistente, baseado em conhecimento científico, ao mesmo tempo que se edifica um novo e importante rumo de mudança elevando a categoria do enfermeiro gestor e líder dentro das organizações do SNS.

CONCLUSÃO

No término deste estudo procurámos refletir sobre o caminho percorrido, as dificuldades sentidas no percurso, os contributos empíricos do estudo e as potenciais futuras linhas de investigação neste campo.

Encetamos por relatar que o presente trabalho é pioneiro no estudo da aplicação de uma escala tipo *likert* para avaliação das competências do enfermeiro gestor na RAA. Esta temática obrigou-nos a um esforço acrescido no esclarecimento de conceitos e no enquadramento teórico relacionado com as competências acrescidas avançadas do enfermeiro gestor, não menosprezando a abordagem inerente à liderança na disciplina de enfermagem. A natureza da amostra e o tipo de estudo não permite a generalização dos resultados, nem tão pouco a sua extrapolação para outra população. Todavia, não sendo essa a finalidade do estudo, não podemos deixar de salientar a relevância do conhecimento notável do “singular” para o conhecimento geral.

Tendo em consideração o número das ilhas do arquipélago e a sua dispersão geográfica, profere-se que estes fatores originaram algum atraso na obtenção das autorizações para a realização e a recolha dos dados, pois emergiram os resultados da recolha ao final de três meses. Às razões referenciadas, adicionou-se a curta disponibilidade inerente ao estatuto de trabalhador estudante.

Foi intenção levar a efeito um processo investigativo que contribuísse para a melhoria das competências dos enfermeiros gestores e líderes na RAA. Assim, neste momento, realça-se o conhecimento que foi emergindo durante o trabalho investigativo, o qual procurou dar resposta às questões e objetivos de investigação. Pretendemos, portanto, apresentar os pontos mais relevantes como subsídios para a realização de novos estudos neste mesmo âmbito e refletir sobre os contributos que, na nossa perspetiva, este trabalho poderá viabilizar para a realização de outros futuros estudos.

As principais conclusões que se extraíram servem para abrir mais pesquisas na área das competências desenvolvidas pelos enfermeiros gestores ou líderes na RAA. Constatamos através da opinião dos enfermeiros gestores e líderes da RAA que a sua necessidade de formação está patente, estando esta necessidade está refletida nas suas respostas. O que se espelha nas diferentes dimensões das competências nas áreas: Prática Profissional Ética e Legal, Gestão de Cuidados, Gestão de Recursos Humanos, Intervenção Política e Assessoria e Desenvolvimento Profissional.

No entanto, os resultados na área da competência da gestão dos cuidados poderão ser os que requerem maior investimento da parte formativa, uma vez que se verificam percentagens muito significativas (inferiores a 50% nas respostas do “sempre” realizam), que passamos a descrever por ordem crescente: Desenvolvimento de planos de melhoria contínua de qualidade (27,0%); acompanhar a execução de cuidados de forma planeada (31,7%); garantir dotações seguras de acordo com os padrões de qualidade da profissão (33,3%); elaboração, aplicação, avaliação e atualização de procedimentos orientadores da utilização de equipamento e material (34,9%); analisar e avaliar a qualidade dos cuidados e implementa medidas corretivas (39,7%); orientação de cuidados de maior complexidade (44,4%), garantir ambientes seguros, identificando, gerindo riscos e introduzindo medidas corretivas e gerir as situações clínicas graves, tanto quanto aos doentes e famílias como à equipa (47,6%) para ambas as dimensões.

Na competência intervenção política e assessoria referidas pelo enfermeiro gestor no que concerne à elaboração de relatórios de serviço, verificamos um resultado muito aquém do desejado, sendo que apenas (27,0%) dos participantes responderam que o fazem sempre, o que é revelador que não é prática corrente nas funções dos participantes deste estudo. Podemos afirmar que os gestores na intervenção política e assessoria dão mais relevância à relação custo-benefício na adaptação dos recursos materiais (55,6%) dos participantes respondem “sempre”, sendo que uma percentagem muito baixa refere que participa sempre na definição e implementação de políticas de saúde na sua instituição (19,0%), também é significativamente negativo o resultado referente à dimensão - participa em grupos de trabalho e comissões na área da gestão de risco clínico e não clínico, com apenas (23,8%) dos participantes a referirem fazê-lo sempre.

Comprovamos que relativamente aos enfermeiros gestores e líderes participantes neste estudo, a sua maioria não possui formação específica na área de gestão que alicerce com conhecimentos o cargo de gestão que ocupa. Confirmamos que uma minoria de enfermeiros gestores (36,5%) detém formação específica em gestão. Com isto, pode-se afirmar que a formação em gestão não é pré-requisito para assumir um cargo de gestão nas instituições da RAA. Apura-se que é comum a presença de enfermeiros na função de gestores sem que tenham sido preparados para tal. Orientar estes profissionais e proporcionar uma base para o desenvolvimento de suas atividades administrativas é um passo decisivo para a excelência do trabalho de gestão em enfermagem. Torna-se premente intensificar a formação profissional e continuada do enfermeiro gestor.

A concretização desta investigação revelou uma indiscutível necessidade de implementar práticas formativas nos contextos das chefias em Enfermagem, com a finalidade de aprimorar as competências acrescidas avançadas dos enfermeiros gestores e líderes.

A temática sobre as competências do enfermeiro gestor envolve processos complexos, e ao mesmo tempo dinâmicos, por este facto muito se tem discutido sobre a necessidade de se

investir em processos formativos para conhecer e acompanhar, de forma adequada, os resultados de políticas, programas e ações na área da gestão em enfermagem, no sentido de possibilitar redefinições de planos de trabalho.

Destacamos que o perfil de liderança do enfermeiro gestor não terá muitas hipóteses de progresso, se não difundir uma liderança incentivada por meio de atitudes inovadoras e competências acrescidas avançadas, aliadas à promoção do investimento coletivo e união de toda a equipa.

Por conseguinte, a monitorização continua e a avaliação das práticas do enfermeiro gestor e líder seriam importantes para conferir se as competências acrescidas avançadas destes enfermeiros foram apropriadas para o trabalho desenvolvido e quais poderiam ser melhoradas; medir o grau de cumprimento dos objetivos definidos no desenho das políticas; examinar a meta que as políticas e/ou programas e/ou ações foram construídas, identificando os fatores favoráveis e facilitadores e os obstáculos, seriam contributos irrefutáveis para obtenção de ganhos na qualidade dos serviços do SNS.

A **fragilidade** desta investigação prende-se com a utilização de um questionário, pois impede de ter uma resposta da noção do nível de compreensão das questões, considerando-se que não ocorreu contacto verbal com as pessoas envolvidas, não permitindo assim aprofundar respostas que suscitem maior esclarecimento. O desconhecimento da contextualização do preenchimento do questionário também poderá ser influenciado pelas particularidades de cada instituição a nível dos sistemas de informação.

Os **contributos** deste estudo prendem-se com a tomada de consciência do enfermeiro gestor das necessidades de formação em contexto de trabalho a nível das competências acrescidas avançadas. Acreditamos que no final do estudo a difusão dos dados às organizações de saúde da RAA irá contribuir para a identificação das necessidades de formação e ajudarão a refletir sobre a necessidade de maior investimento na formação do enfermeiro gestor e líder desta região.

Resumidamente, o grande desafio do enfermeiro gestor na RAA, passa por transformar a prática da gestão em enfermagem nas diversas dimensões de atuação, o que implicará uma importante transformação no saber, no conhecimento, na técnica e na vivência, o que é fundamental na promoção da qualidade da assistência aos clientes, como também na relação interpessoal da equipa de enfermagem. Nos modelos de gestão contemporâneos o enfermeiro gestor deve promover uma gestão com conhecimento inovador, procurando meios que possibilitem a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, maior satisfação para a equipa, sem menosprezar o alcance dos objetivos organizacionais.

Sugerimos que os resultados deste estudo possam subsidiar as reflexões acerca das competências acrescidas avançadas do enfermeiro gestor, práticas de gestão e formação

profissional e sobre os modelos de gestão e/ou organizacionais. Novas pesquisas são necessárias para aprofundar as relações entre estas dimensões e a ampliação da discussão do conceito e prática das competências acrescidas avançadas do enfermeiro gestor.

Também propomos, ampliar a escuta para os outros intervenientes, principalmente aos enfermeiros das equipas, de maneira a contribuir para uma perceção das práticas dos enfermeiros gestores na vertente dos liderados. Seria de igual modo interessante comparar os resultados de ambas as investigações e verificar se existem diferenças significativas ao nível das conclusões encontradas.

Finalmente, reiteramos a importância elementar neste tipo de investigações, a adoção de uma escala de competências contextualizada nas competências acrescidas avançadas do enfermeiro gestor e alinhada às estratégias organizacionais do SNS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amestoy, S., Oliveira, A., Thofehrn, M. Trindade, L., Santos, B., Bao, A. (2017). Contributions of Paulo Freire to understanding the dialogic leadership exercise of nurses in the hospital setting. *Revista Gaúcha Enfermagem*, Brasil, 2017, Nº 38, Vol.1, 1 – 7. [consultado a 04/05/2019]. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n1/0102-6933-rgenf-1983-144720170164764.pdf
- Almeida, Ana. (2012) Satisfação dos enfermeiros face ao estilo de liderança. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa: 2012. Tese de Mestrado. [consultado 04/05/2019]. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/1091>
- Almeida, S. (2017). *Estatística aplicada à investigação em ciências da saúde – Um guia com o SPSS*. Loures: Lusodidata.
- Almeida, Diogo; Santos, Marco & COSTA, António. Aplicação do coeficiente alfa de Cronbach nos resultados de um questionário de avaliação de desempenho da saúde pública. XXX Encontro Nacional de Engenharia de Produção. 12 a 15 de outubro de 2010.
- Araújo, Joaquim (2005). A reforma do Serviço Nacional de Saúde: o novo contexto da gestão pública. Universidade do Minho. Braga: 2005. [consultado 04/05/2019]. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3225/1/NEAPPSerieI%289%29.pdf>
- Associação Portuguesa Enfermeiros Gestores E Liderança [em linha] [Consultado em 2019-03-24] Disponível em: <http://www.apegel.org/>
- Augusto, Maria Cristina. (2013). Modelo de competências dos enfermeiros com funções de gestão em Portugal: Estudo exploratório. Tese de mestrado. Universidade de Porto, Porto. [consultado 05/05/2019]. Disponível em <http://recipp.ipp.pt/handle/10400.22/3534>.
- Balsanelli, A. & Cunha, I. (2014). Ambiente de trabalho e a liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 48, 2014, Vol. 5.[consultado a 04/02/2019]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt_0080-6234-reeusp-48-05-938.pdf
- Bardin, L. (2006). *Análise de Conteúdo*. (L. A. Rego & A. Pinheiro, Trans.). Lisboa: Edições 70.

- Blanchard, K. & Muchnick, M. (2012). *O comprimido da liderança: O ingrediente secreto da motivação*. 2ª ed. Portugal: Bertrand Editora, Lda, 2012.
- Blanchard, K. & Johnson, S. (2018) *O novo gestor minuto: O método da Gestão de maior sucesso do mundo*. 1ªed. Portugal: Bertrand Editora, Lda, 2018.
- Bogaert, P., Peremans, L., Wit, M., Heusden, D., Timmermans, O., Havens, D. (2015). Nurse managers perceptions and experiences regarding staff nurse empowerment: a qualitative study. *Frontiers in Psychology*, Bélgica, 2015, Vol. 6, Artigo 185. [consultado a 04/04/2019]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4604254/>
- Branco, R. (2008). O movimento da qualidade em Portugal. *O Contributo da Gestão da Qualidade para a Gestão Global das Organizações*. Porto: Vida Económica.
- Brandão, H. & Babry, C. (2005). *Gestão por competências: metodos e tecnicas para mapeamento de competências*. Revista do Serviço Publico. Brasília, Abril/junho 2005, Vol. 73. 179-194. [consultado a 04/05/2019]. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/224/229>
- Brandão, H., Zimmer, M., Pereira, C., Marques, F., Costa, H., Carbone, P., Almada, V. (2008). *Gestão de desempenho por competências: integrando a gestão por competências, o balanced scorecard e a avaliação 360 graus*. Rio de Janeiro, 875-896 [consultado a 04/05/2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v42n5/a04v42n5.pdf>
- Camelo, S., Silva, V., Soares, M., Resck, Z., Chaves, I., Santos, F. (2016). *Práticas de liderança em enfermagem hospitalar: uma self de enfermeiros gestores*. Rev Esc Enferm USP. Brasil, 1-8. [consultado a 04/05/2019]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03206.pdf
- Carragher, Jean & Gormley, Kevin. (2017). Leadership and emotional intelligence in nursing and midwifery education and practice: a discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*. Janeiro de 2017, Vol. 73. 85-96.[consultado a 04/04/2019]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27607451>
- Carvalho, L., Bernardo, M., Sousa, I. & Negas, M. (2015). *Gestão das organizações: uma abordagem integrada e prospetiva*. 2ª ed. Lisboa: Edições Silabo, Lda, 2015.
- Carvalho, F., Dias, L., Prochnik, V. (2005, novembro). A utilização do Balanced Scorecard em hospitais: o caso do Hospital Nove de Julho. Comunicação apresentada no IX Congresso Internacional de Custos - Florianópolis,

- SC, Brasil. [consultado a 25/05/2019]. Disponível em: <https://anaischc.emnuvens.com.br/anais/article/viewFile/2058/2058>
- Ceartil, M. (2004). *Sociedade gestão e competências: Novas dinâmicas para o sucesso das pessoas e das organizações*. 1ª ed. Lisboa: Edições Silabo, Lda, 2004.
- Ceartil, M. (2016). *Gestão e Desenvolvimento de Competências*. 2ª ed, Lisboa: Edições Silabo, Lda, 2016.
- Chiavenato, I. (2003). *Introdução à teoria geral da administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações*. (Sétima Edição). Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.
- Chiavenato, I. (2008). *Recursos humanos: O capital humano das organizações*. São Paulo, Brasil. Atlas, 2008.
- Chiavenato, I. (1994). *Administração: Teoria, Processo e Prática* (2ª ed.) São Paulo: Makron Books do Brasil Editora, 1994.
- Chipeta, E., Bradley, S., Manda, W., McAuliffe, E. (2016). *Working relationships between obstetric care staff and their managers: a critical incident analysis*. BMC Health Services Research, Malawi. 1-9. [Consultado a 04/04/2019]. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-016-1694-x>
- Choi, S., Goh, C., Adam, M., Tan, O. (2016). Transformational leadership, empowerment, and job satisfaction: the mediating role of employee empowerment. *Human Research Health*, 14(1). 73. [Consultado a 04/04/2019]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5131441/pdf/12960_2016_Article_171.pdf
- Collière, M. (2003). *Cuidar a primeira arte da vida*. 2ª ed. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2003.
- Correia, M. M. S. V. (2016). *Satisfação profissional dos enfermeiros*. Tese de Mestrado apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Porto no âmbito do Curso de Mestrado em Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem, Porto. [consultado a 04/04/2019]. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18161/1/manuela%20veloso%2028%20%281%29.pdf>
- Costa, T. (2018). *Gestão Contemporânea: Princípios, Tendências e Desafios*. 2ª ed. Lisboa. Edições Silabo, 2018.
- Coutinho, C. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.
- Cummings, G., Macgregor, T., Davey, M., Lee, h., Wong, C., Lo, E. (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and

- work environment: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 47(3). 363-385. [consultado a 04/04/2019]. Disponível em: [https://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(09\)00283-1/fulltext](https://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(09)00283-1/fulltext)
- Cunha, M. & Rego, A. (2007) - *Manual de comportamento organizacional e gestão*. 6ª ed. Damaia: Editora RH, 2007.
- Cunha, S. & Ferreira, M. (2012). *Percepção da cultura organizacional em instituições públicas de saúde com diferentes modelos de gestão* Revista de Enfermagem de referência III Série - n.º 6 - mar. 2012 Abstract Resumen. 103-112 [consultado a 25/05/2019]. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn6/serIIIIn6a10.pdf>
- Cunha, I. & Neto, F. (2006). Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio? São Paulo, 479-482 [consultado a 25/05/2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a13.pdf>
- Curtis, E. & O'Connell, R. (2011) – Essential leadership skills for motivating and developing staff. *Nursing Management*, 18 (5). 32-36. [consultado a 04/04/2019]. Disponível em: <https://journals.rcni.com/doi/abs/10.7748/nm2011.09.18.5.32.c8672>
- Daire, J. & Gilson, L. (2014). *Does identity shape leadership and management practice? Experiences of PHC facility managers in Cape Town, South Africa*. Health Policy and Planning. Africa do Sul, junho 2014, pp. 82-97. [consultado a 25/05/2019]. Disponível em: https://academic.oup.com/heapol/article/29/suppl_2/ii82/587787
- Decreto-Lei nº305/81. D.R. I Série, Nº261 (1981-11-12), 2998-3004.
- Decreto-Lei nº.412/98 D.R. I Série-A, Nº300 (1998-12-30), 7257-7264.
- Decreto-Lei nº.437/91 D.R. I Série-A, Nº257 (1991-11-08), 5723-5741.
- Decreto-Lei nº.247/2009 D.R. I Série, Nº184 (2009-09-22), 6758-6761.
- Decreto-Lei nº.248/2009 D.R. I Série, Nº184 (2009-09-22), 6761-6765.
- Decreto-Lei nº 161/96. D.R. I Série-A. Nº 205 (1996-09-04), 2959-2962. (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro)
- Decreto-Lei nº 71/2019. D. R. I Série, Nº101 (2019/05/27), 2626-2642.
- Decreto Legislativo Regional n.º 28/99/A, (1999/07/31), 1942-1952.
- Despacho nº 5163/2015 D.R. II Série Nº 102 (2015-05-27), 12597-12597. (Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde)

- D'innocenzo, M., Adani, N., P; Cunha, I. (2006). O Movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)*, 59(1), 84-88.
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care* (R. Bashshur, Ed.). Nova York: Oxford University Press.
- Drucker, P. (1995). *Administrando em tempos de grandes mudanças*. Thompson Learning. São Paulo: Pioneira.
- Drucker, P. (1998). *A Organização do futuro. Como aplicar novos conceitos de ritmo e responsabilidade para conduzir o capital intelectual de uma companhia para o futuro*. 150542^a ed. Portugal: Grafica Europam, Lda., 1998.
- Drucker, P. & Paschek, P. (2007). *As virtudes cardeais de um líder*. 1^a ed. Portugal: Editora Pergaminho, Lda, 2007.
- Fallatah, F. & Laschinger, H. (2016). The influence of authentic leadership and supportive professional practice environments on new graduate nurses job satisfaction. *Journal of Research in Nursing*, 21(2), 125-36. [consultado a 04/02/2019]. Disponível em: [https://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(12\)00183-6/pdf](https://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(12)00183-6/pdf)
- Ferreira, M. & Silva, C. (2012). *Reformas da Gestão na Saúde/Desafios que se colocam aos enfermeiros*. Revista de Enfermagem Referência. III Série - n.º 8 - Dez. 2012, 85-93. [consultado a 04/02/2019]. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn8/serIIIIn8a09.pdf>
- Ferreira, M. & Cruz, S. (2012). Percepção da cultura organizacional em instituições públicas de saúde com diferentes modelos de gestão. Revista de Enfermagem Referência. III Série - n.º 6 - mar. 2012, 103-112. [consultado a 04/02/2019]. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn6/serIIIIn6a10.pdf>
- Fortin, Marie-Fabienne. (2009). *O processo de investigação. Da Concepção à realização*. 5^a ed., Loures: Lusodidacta, isbn: 978-972-8383-10-7, 2009.
- Fortin, Marie-Fabienne. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, isbn: 978-989-8075-18-5, 2009
- Fradique, M. & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem de Referência*, III (10), 45-53. [consultado a 04/02/2019]. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn10/serIIIIn10a06.pdf>
- Frederico, M. & Castilho, A. (2006) - Percepção de liderança em enfermagem: validação de uma escala. *Revista Psicológica*, n.º 43, 259-270. [consultado a 04/02/2019]. Disponível em: [file:///C:/Users/csm0045/Downloads/Revista_Refer%C3%Aancia_RII0725%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/csm0045/Downloads/Revista_Refer%C3%Aancia_RII0725%20(1).pdf)

- Freitas, C., (2018). *Gestão em enfermagem: o perfil de competências* (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Furtado, L., Batista, G., Silva, J. (2011). Leadership and job satisfaction among Azorian hospital nurses: an application of the situational leadership model. *Journal of Nursing Management*, 19 (8), 1047-1057. [Consultado a 04/02/2019]. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1365-2834.2011.01281.x>
- Fleury, M. (2002). *As Pessoas na Organização*. São Paulo: Edição gente, 2002.
- Gelbcke, F., Souza, L., Sasso, G., Nascimento, E., Bulb, M. (2009). Liderança em ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à enfermagem brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol. 62, nº 1, 136-139. [Consultado a 04/04/2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/21.pdf>
- Guerra, N. (2015). *As dotações dos Enfermeiros e os eventos adversos – Uma análise do impacto*. (Tese de doutoramento não publicada, Universidade Católica, Lisboa). [consultado a 04/05/2019]. Disponível em: [file:///C:/Users/csm0045/Downloads/AS_DOTACOES_DE_ENFERMEIROS_E_OS_EVENTOS%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/csm0045/Downloads/AS_DOTACOES_DE_ENFERMEIROS_E_OS_EVENTOS%20(1).pdf)
- Grellier, C. (2006). *As competências pessoais e profissionais do gestor*. Lisboa: Editorial Presença, 2006.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspectiva de Cuidar*. 1º ed., Loures: Lusociência.
- Hodgson, F & Crainer S. (1999) – O gestor do século XXI – *Manual essencial para os quadros empresariais*. 2ª ed., Lisboa: Grafica Europam, Lda, 1999.
- Instituto Português Da Qualidade. [Em linha] [Consultado em 13-04-2019] Disponível em <http://www1.ipq.pt/PT/IPQ/Pages/IPQ.aspx>
- Kurcgant, P., Lima, C., Prado, C., Tronchin, R., Fugulin, T., Freitas, F., (2011). *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, Lda, 2011.
- Lei nº 27/2002, DR n.º 258/2002, Série I-A (2002-11-08), 7150-7154.
- Lelli, L., Bernardino, E., Peres, A., Fabriz, I., (2012). *Estratégias gerenciais para o desenvolvimento de competências em enfermagem em hospital de ensino*. *Cogitare Enfermagem*. 2, Abril - Junho de 2012, Vol. 17, 262 - 269. [Consultado a 04/04/2019]. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/24932/18480>
- Lima, P., Aguiar, L., Madruga, A., Meneses, P. (2015). *Sistema de Saúde dos Açores: Legislação Regional*. 1ª ed. Coingra, Lda, 2015.

- Lorber, M. & Savi, B. (2011). Perceptions of managerial competencies, style, and characteristics among professionals in nursing. *PUBLIC HEALTH*. Slovenia, março 2011, 194-204. [Consultado a 04/05/2019]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3081218/pdf/CroatMedJ_52_0198.pdf
- Martins, M., Sousa, P., Rocha, M. (2016). A opinião dos enfermeiros diretores sobre a intervenção do enfermeiro chefe. *Revista de Investigação em Enfermagem*. 2016, 89-105, [Consultado a 04/05/2019]. Disponível em: <file:///C:/Users/cssr0020/Downloads/12572-Texto%20de%20art%C3%ADculo-57643-1-10-20160503.pdf>
- Masood, M. & Afsar, B. (2017). Transformacional leadership and innovative work behavior among nursing staff. *Wileyonlinelibrary.com*. Pakistan. [consultado a 04/04/2019]. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nin.12188>
- Maxwell, J. (2008). *O líder 360: desenvolvendo a sua influência a partir de qualquer ponto da organização*. Portugal: Artevirtual, 1ª ed, 2008.
- Morsiani, B., Bagnasco, A., Sasso, L. (2016). How staff nurses perceive the impact of nurse managers' leadership style in terms of job satisfaction: a mixed method study. *Journal of Nursing Management*, 25 (2), 119 – 128. [Consultado a 04/02/2019]. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jonm.12448>
- Motta, K., Munari, D., Costa, F. (2009). Os Pontos Críticos das Atividades do Enfermeiro-Gestor no Hospital Público. *Revista Eletrônica de Psicologia e Políticas Públicas*. 1, 2009, Vol. 1, 73-99. [Consultado a 04/04/2019]. Disponível em: <http://www.crp09.org.br/NetManager/documentos/v1n1a5.pdf>
- Moura, A., Bernardes, A., Balsanelli, A. (2017) Liderança e satisfação no trabalho em enfermagem: revisão integrativa. *Acta Paulina Enfermagem*, 30 (4), 442-450. [Consultado a 04/04/2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n4/0103-2100-ape-30-04-0442.pdf>
- Moura, G., Inchauspe, J., Agnol, C., Magalhães, A., Hoffmeister, L. (2013) - *Expetativas da equipe de enfermagem em relação à liderança*. *Acta Paul Enferm*, Brasil, 2013, Nº 26, Vol. 2, 198 – 204. [Consultado a 04/02/2019]. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000200015.
- Munyewende, P., Levin, J., Rispel, L. (2016). *An evaluation of the competencies of primary health care clinic nursing managers in two South African provinces*. *Global Health Action*. *Africa do Sul*, 9 dez. 2016, 1-11. [consultado a 04/02/2019]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5149665/pdf/GHA-9-32486.pdf>

- Nelas, J. (2013). Gestão de recursos humanos na saúde contributos para o dimensionamento de equipas de enfermagem em pediatria (Tese de Mestrado não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Norma Portuguesa. (2008). Sistemas de gestão da qualidade – NP NE ISSO 9001:2008
- Oliveira, L., Queirós, P., Castro, F. (2015) - A competência profissional dos enfermeiros. Um estudo em hospitais portugueses. INFAD Revista de Psicología, Nº2-Vol.1, 2015. ISSN: 0214-9877. 143-158[Consultado a 15/04/2019]. Disponível em: http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/6414/02149877_2015_1_2_143.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Enfermagem em Portugal*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos* (2.ed.). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Enfermeiros: Uma força para a mudança – Eficiência + Eficácia = Ganhos em saúde*. Genebra: Internacional Council of Nurses.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *REPE e Estatuto*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Relatório de Contas: *Membros ativos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - Enquadramento conceptual; enunciados descritivos. *Ordem dos enfermeiros*, 39-42.
- Ordem dos Enfermeiros. (2004). Quadro de referencias para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem. *Ordem dos enfermeiros*, 2-8.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento nº 101/2015 - Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. *Diário da República*. 10 de março de 2015, Vol. 2o Série no 48, 5948-5952.
- Parreira, M. (2010). *Liderança: A fórmula multiplex*. 1ª ed, Lisboa: Edições Sílabo, 2010.
- Pereira, Filipe. Informação e qualidade: do exercício profissional dos enfermeiros. Coimbra: FORMASAU, 2009.
- Pires, A. (2016) *Sistemas de gestão da qualidade – Ambiente, segurança, responsabilidade social, indústria e serviços*. 2ª ed, Lisboa: Edições Sílabo, 2016.

- Polit, D., Beck, C. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização* (5ª ed.). São Paulo: Artmed Editora.
- Portugal, Alto Comissariado da Saúde e Ministério da Saúde. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2010-2016, Eixos Estratégicos – Qualidade em Saúde*. Lisboa.
- Portugal, Ministério da Saúde. (2015). *Plano nacional de saúde revisão e extensão a 2020*. Lisboa.
- Potra, T. (2015). *Gestão de cuidados de enfermagem: das práticas dos enfermeiros chefes à qualidade dos cuidados de enfermagem* (Tese de doutoramento não publicada). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Polit, D., & Hungler, B. (1995) - *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. (2ª ed.). Lisboa: Gradiva Publicações.
- Ramos, A. (2004). *Qualidade: Sistemas de Gestão da Qualidade* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Ramos, S. & Naranjo, E. (2014). *Metodologia da Investigação Científica*. Angola. Escolar Editora, 2014.
- Rego, C. (2015). *Gestão em enfermagem e a formação em serviço: Tecnologias de informação e padrões de qualidade* (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Regulamento n.º.101/2015. D.R. II Série. N.º48 (2012-03-10), 5948-5952.
- Regulamento n.º.76/2018. D.R. II Série. N.º21 (2018-01-30), 3478-3487.
- Reed, M. (1997). *Sociologia da Gestão*. 1ª ed. Lisboa: Celta Editora, 1997.
- Ribeiro, J. (2008). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. 2ª ed., Porto: Legis Editora, 2008.
- Rocha, MCJ; Sousa, P. & Martins, M. A opinião dos enfermeiros diretores sobre a intervenção do enfermeiro chefe. *Investigação em Enfermagem*. 18, 2016, Vol. 2, pp. 89-105. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie18-2.aoad>.
- Said, N. (2014). Time Management in Nursing Work. *International Journal of Caring Sciences*. 3, setembro - dezembro de 2014, Vol. 7, 746-749. [Consultado a 04/02/2019]. Disponível em: <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/7.%20Said%20%20%20SPECIAL.pdf>

- Sale, D. (2000). *Garantia da qualidade nos cuidados de saúde: para os profissionais da equipa de saúde*. 1ª ed., Tipografia Peres, 2000.
- Sampaio, A. (2014). *O perfil de um gestor de uma unidade de saúde: Estudo de caso em Agrupamentos de Centros de Saúde*. Tomar: Instituto Politécnico de Tomar, 2014. [Consultado a 04/02/2019]. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/13191/1/Perfil%20do%20gestor%20de%20uma%20unidade%20de%20sa%C3%BAde%20-%2019122014.pdf>
- Senna, M. (2014). *Significados da gerência do cuidado construído ao longo da formação profissional do enfermeiro*. Revista Rene, série II, n.º15, mar./abr. 196-205. [Consultado a 15/04/2019]. Disponível em: <file:///C:/Users/csm0045/Downloads/3120-5819-1-SM.pdf>
- Silva, F. (2012). *A atuação dos enfermeiros como gestores em unidades básicas de Saúde*. Revista de gestão em Sistemas de Saúde. São Paulo, v. 1, n. 1, 67-82, jan./jun. 2012. [Consultado a 15/04/2019]. Disponível em: <file:///C:/Users/cssr0020/Downloads/5-135-1-PB.pdf>
- Sousa, A. (1999). *Introdução a Gestão - Uma abordagem sistematica*. 1936 ed., Lisboa: Artes Graficas, Lda, 1999.
- Tappen, R. (2005). *Liderança e administração em enfermagem: Conceitos e Prática*. 4ª Edição., Loures: Lusociência, 2005.
- Tau, B., Plessis, E., Koen, D., Ellis, S. (2018). *The relationship between resilience and empowering leader behaviour of nurse managers in the mining healthcare sector*. Curationis. Africa do Sul, junho 2018, 1-10. [consultado a 04/04/2019]. Disponível em: <http://www.scielo.org.za/pdf/cura/v41n1/08.pdf>
- Teixeira, A. C. & Barbieri, M. (2015). *Empoderamento e satisfação profissional em Enfermagem: uma revisão integrativa, em consonância com a Teoria Estrutural*. Revista de Enfermagem Referência, série IV, n.º6, jul./ago./set. 151 - 160. [consultado a 04/04/2019]. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn6/serIVn6a16.pdf>
- Vesterinen, S., Suhonen, M., Isola, A., Paasivaara, L. (2012). *Nurse Managers' Leadership Styles in Finland*. Nursing Research and Practice. Finlândia, Volume 2012, Article ID 605379, 1-8. [consultado a 04/04/2019]. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/nrp/2012/605379/abs/>
- Wong, C., Laschinger, H. (2013). *Authentic leadership, performance, and job satisfaction: the mediating role of empowerment*. Journal Advance Nursing, 69(4), 947-59. [Consultado a 04/04/2019]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22764828>
- Ziapour, A., Khatony, A., Jafari, F., Kianipour, N. (2015). *Evaluation of Time Management Behaviors and Its Related Factors in the Senior Nurse Managers, Kermanshah-Iran*. Global Journal of Health Science. 2, 2015,

Vol. 7, 366-373.[consultado a 04/04/2019]. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4796377/>

ANEXOS

ANEXO I - PERFIL DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO GESTOR

5948

Diário da República, 2.ª série — N.º 48 — 10 de março de 2015

b) Elaborar o regulamento para reconhecimento de áreas de competências acrescidas;

c) Reconhecer propostas, ouvidas as respetivas Metas dos Colegios das Especialidades, de acordo com as áreas de especialidade e propor ao Conselho Diretivo.

2 — Compete à Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros aprovar as propostas de reconhecimento de áreas de competências acrescidas reconhecidas pelo Conselho de Enfermagem, mediante proposta pelo Conselho Diretivo, ouvidos os Conselhos Regionais e parecer do Conselho Jurisdicional.

Artigo 4.º

Processo de Reconhecimento

1 — A proposta para o reconhecimento de uma nova área de competência acrescida deve ser subscrita, no mínimo, por cem enfermeiros especialistas com, pelo menos, cinco anos de exercício profissional especializado comprovado nas diferentes áreas de especialidade, onde serão reconhecidas as competências acrescidas apresentadas, devidamente identificados com nome completo, número de cartão de cidadão ou qualquer outro documento de identificação válido e número de membro efetivo da Ordem dos Enfermeiros, com inscrição válida.

2 — A proposta deve ser apresentada em papel e suporte informático (um exemplar de cada) e dirigida ao Presidente do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros.

3 — A proposta deve estar organizada de acordo com critérios, respetivos normativos e elementos de validação constituintes da matriz de reconhecimento de competências acrescidas, prevista no Anexo ao presente Regulamento.

4 — No respeito pelo número anterior, a proposta deve ainda definir a nova área de competência acrescida através de:

a) Identificação dos diferentes alvos de intervenção;

b) Identificação da(s) necessidade(s) a que pretende responder;

c) Explicitação do cumprimento de todos os elementos previstos no Anexo;

d) Proposta de denominação da área de competência acrescida.

5 — A apresentação da proposta para o reconhecimento de uma nova área de competência acrescida que não cumpre o disposto nos números anteriores deve ser recusada.

6 — O Conselho de Enfermagem analisa a proposta e delibera “Reconhecer a área de competência acrescida” ou “Não reconhecer a área de competência acrescida” sem vinculação a denominação proposta.

7 — A aceitação da nova área de competência acrescida em enfermagem depende da aprovação pela Assembleia Geral, sob proposta do Conselho Diretivo, desde que o Conselho de Enfermagem tenha deliberado “Reconhecer a área de competência acrescida”.

Artigo 5.º

Certificação

Após aprovação em Assembleia Geral da proposta de reconhecimento das áreas de competências acrescidas, é iniciado o processo de certificação destas áreas de competências, pela Comissão de Acreditação e Certificação de acordo com o respetivo Regulamento.

Artigo 6.º

Aplicação no tempo

O presente regulamento é aplicável às propostas apresentadas após a sua aprovação.

ANEXO

Matriz de Reconhecimento da área de Competências Acrescidas

Normativos dos critérios	Critérios	Elementos de validação
1 — Potencia novos campos de atuação de exercício profissional especializado autónomo.	Especificidade	1 — Não colide, nem se sobrepõe às seguintes competências: — De Cuidados Gerais; — Comuns do Enfermeiro Especialista; — Especializadas das diferentes áreas de especialidade de Enfermagem.
2 — O âmbito de intervenção profissional é comum a diferentes áreas de especialidade de Enfermagem.	Transversalidade	2 — Identificação da aplicação em, pelo menos, duas áreas de especialidade em Enfermagem.
3 — Responde a fenómenos de Enfermagem comuns e ou recorrentes de diferentes grupos-alvo no sentido de obter ganhos em saúde.	Eficácia	3 — Identificação clara dos fenómenos de Enfermagem a que responde. 4 — Tradução operativa em indicadores de ganhos em saúde como resultado das intervenções. 5 — Resumo mínimo de dados.
4 — Respeita os referenciais da profissão configurando uma estratégia de promoção da qualidade dos cuidados de Enfermagem Especializados.	Coerência	6 — Obedece aos determinantes planeados no REPE e Código Deontológico.
5 — Fundamentadas em diferentes disciplinas, áreas do conhecimento.	Transdisciplinaridade	7 — Identificação do(s) enunciado(s) descritivo(s) dos PQCE especializados a que dá resposta.
6 — Responde a necessidades do cidadão em saúde e em particular em cuidados de enfermagem.	Pertinência	8 — Identificação da integração de conhecimentos, habilidades e atitudes de diferentes áreas disciplinares, para além da Enfermagem. 9 — Especificação clara das mais-valias da sua integração no processo de cuidados acrescentando valor ao cidadão.

Aprovado em Assembleia Geral de 12 de dezembro de 2014.

12 de dezembro de 2014. — O Bastanteiro, Germano Rodrigues Couto.

308424513

Regulamento n.º 101/2015

Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor

Preambulo

Considerando o determinado no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), publicado pelo Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, no seu n.º 6, artigo 9.º, os enfermeiros contribuem,

no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, nomeadamente: avaliando e propondo os recursos humanos necessários para a prestação dos cuidados de enfermagem, estabelecendo normas e critérios de atuação e procedendo à avaliação de desempenho; propondo protocolos e sistemas de informação adequados para a prestação de cuidados; dando parecer técnico acerca de instalações, materiais e equipamentos utilizados na prestação de cuidados de enfermagem; colaborando na seleção e implementação de métodos e

estratégias de ensino/aprendizagem entre as Instituições de Saúde e as Instituições de Ensino Superior.

Deste modo o exercício de funções de gestão por enfermeiros e de elevada importância para assegurar a qualidade do exercício profissional destes profissionais e necessita de ser reconhecido, validado e certificado pela OE numa perspetiva integradora do Modelo de Desenvolvimento Profissional.

Assim, nos termos da alínea f) do artigo 12.º, da alínea o) do n.º 1 do artigo 20.º e da alínea d) do artigo 30.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado em Anexo a Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro, a Assembleia Geral, sob proposta do Conselho de Enfermagem, apresentando pelo Conselho Diretivo, ouvidos os conselhos de enfermagem regionais e após parecer do Conselho Jurisdicional, aprovou o seguinte Regulamento:

Artigo 1.º

Objeto

O presente regulamento define o perfil das competências do enfermeiro gestor.

Artigo 2.º

Âmbito e Finalidade

O perfil das competências do enfermeiro gestor integra, cumulativamente, as competências comuns e específicas previamente adquiridas e enforma um conjunto de competências que visam prover o enquadramento regulador para o exercício das mesmas.

Artigo 3.º

Conceitos

Para efeitos do presente Regulamento entende-se por:

a) "Competências acrescidas" as competências que permitem responder de uma forma distinta a necessidades em cuidados de saúde da população que se vão configurando, fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, práticas e contextos, certificadas ao longo do percurso profissional especializado, em domínios da disciplina de Enfermagem e disciplinas relacionadas;

b) "Enfermeiro Gestor" é o enfermeiro que detém um conhecimento efetivo, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e do domínio específico da gestão em enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, garante o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no que concerne ao sumário descritivo «A Organização dos Cuidados de Enfermagem», sendo o motor do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão, e o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros;

c) "Domínio de Competência" é uma esfera de ação e compreende um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados;

d) "Norma ou descritivo de competência" apresenta a competência em relação aos atributos gerais e específicos, sendo decomposta em

segmentos menores, descrevem os conhecimentos, as habilidades e as operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho;

e) "Unidade de competência" é um segmento maior da competência, tipicamente representado como uma função maior ou conjunto de elementos de competência afins que representam uma realização concreta, revestindo-se de um significado claro e de valor reconhecido no processo;

f) "Critérios de avaliação" compreendem a lista integrada dos aspetos de desempenho que devem ser atendidos como evidência do desempenho profissional competente em exercício, expressam as características dos resultados, relacionando-se com o alcance descrito.

Artigo 4.º

Domínios da competência acrescida

Os domínios da competência acrescida do Enfermeiro gestor são a gestão e a assessoria de gestão.

Artigo 5.º

Competências do domínio da gestão

1 — As competências do domínio da gestão são as seguintes:

- Garante uma prática profissional e ética na equipa que lidera;
- Garante a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem;
- Gere serviço/unidade e a equipa otimizando as respostas às necessidades dos clientes em cuidados de saúde;
- Garante o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera;
- Garante a prática profissional baseada na evidência.

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

Artigo 6.º

Competências do domínio da assessoria

1 — A competência do domínio da assessoria é a seguinte: Desempenha um papel pro-ativo na definição de políticas de saúde.

2 — A competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo II).

ANEXO I

A — Domínio da gestão

A1 — Garante uma prática profissional e ética na equipa que lidera. Descritivo:

Demonstra a garantia de um exercício seguro, profissional e ético, utilizando capacidades na tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimentos e atitudes do domínio ético-deontológico, legislativo e profissional e na avaliação sistemática dos serviços prestados ao cliente.

Unidades de competência	Critérios de Avaliação
A1.1 — Garante o respeito pelos valores, ética profissional e prática legal.	A1.1.1 — Promove o conhecimento e o cumprimento dos valores, regras e práticas de acordo com a <i>legis artis</i> . A1.1.2 — Promove o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e da equipa. A1.1.3 — Promove uma cultura organizacional com base no respeito pelas regras deontológicas e práticas legais. A1.1.4 — Assume a responsabilidade pela criação de condições para a tomada de decisão da equipa que lidera. A1.1.5 — Responde pela criação de condições para a tomada de decisão da equipa que lidera. A1.1.6 — Assume a responsabilidade pelo cumprimento do enquadramento legal da regulação profissional.

A2 — Garante a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Descritivo:

Promove a conceção e implementação de projetos e programas na área da qualidade, tendo em vista as melhores práticas profissionais, na equipa que lidera.

5950

Diário da República, 2.ª série — N.º 48 — 10 de março de 2015

Unidades de competência	Críticos de Avaliação
A2.1 — Garante as melhores práticas profissionais	<p>A2.1.1 — Assegura o cumprimento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, gerais e especializados de acordo com as competências dos enfermeiros da equipa.</p> <p>A2.1.2 — Contribui para o desenvolvimento de práticas baseadas na evidência.</p> <p>A2.1.3 — Gere os serviços/unidades garantindo o respeito pela prática baseada na evidência.</p> <p>A2.1.4 — Garante a os meios para a elaboração das normas de boas práticas.</p> <p>A2.1.5 — Promove a utilização das normas de boas práticas.</p> <p>A2.1.6 — Garante a atualização das normas de boas práticas.</p> <p>A2.1.7 — Utiliza instrumentos de avaliação que permitam as boas práticas de gestão nos serviços que lidera.</p> <p>A2.1.8 — Promove o planeamento da qualidade dos cuidados de saúde, nomeadamente dos cuidados de enfermagem, prestados pelos enfermeiros integrados na equipa.</p> <p>A2.1.9 — Assegura a organização da qualidade dos cuidados de saúde, nomeadamente dos cuidados de enfermagem, prestados pelos enfermeiros integrados na equipa.</p> <p>A2.1.10 — Assegura a coordenação dos cuidados de saúde, nomeadamente dos cuidados de enfermagem, prestados pelos enfermeiros integrados na equipa.</p> <p>A2.1.11 — Assegura a avaliação dos cuidados de saúde, nomeadamente dos cuidados de enfermagem, prestados pelos enfermeiros integrados na equipa.</p> <p>A2.1.12 — Promove a integração de sistemas de informação.</p> <p>A2.1.13 — Incentiva a utilização de tecnologias de informação.</p> <p>A2.1.14 — Utiliza estratégias de marketing profissional e organizacional com eficácia e eficiência.</p> <p>A2.1.15 — Domina conhecimentos de gestão que contribuem para acrescentar valor à prática da enfermagem.</p> <p>A2.1.16 — Domina habilidades técnicas de gestão que contribuem para acrescentar valor à prática da enfermagem.</p> <p>A2.1.17 — Garante o primado das necessidades do cliente tendo em conta as condições ambientais e situacionais.</p> <p>A2.1.18 — Implementa metodologias de avaliação de resultados.</p> <p>A2.1.19 — Implementa metodologias de medição de resultados.</p> <p>A2.1.20 — Gere a decisão, tendo por base os indicadores e referências que lhes estão associados.</p>
A2.2 — Gere o risco clínico e não clínico.	<p>A2.2.1 — Promove ambientes seguros, identificando e gerindo riscos.</p> <p>A2.2.2 — Promove ambientes seguros introduzindo medidas corretivas.</p> <p>A2.2.3 — Participa na elaboração de planos de gestão de risco.</p> <p>A2.2.4 — Participa na implementação de planos de gestão de risco.</p> <p>A2.2.5 — Coordena grupos de trabalho e comissões na área da gestão de risco clínico e não clínico.</p> <p>A2.2.6 — Participa em grupos de trabalho e comissões na área da gestão de risco clínico e não clínico.</p> <p>A2.2.7 — Promove a gestão de situações imprevistas e ou problemáticas na gestão dos cuidados.</p> <p>A2.2.8 — Gere situações imprevistas e ou problemáticas na gestão dos recursos humanos.</p> <p>A2.2.9 — Gere situações imprevistas e ou problemáticas em diversos domínios na gestão dos materiais.</p> <p>A2.2.10 — Promove a cultura de segurança da equipa.</p> <p>A2.2.11 — Monitoriza indicadores.</p>
<p>A3 — Gere a equipa de enfermagem otimizando as respostas às necessidades dos clientes em cuidados de enfermagem.</p> <p>Descritivo:</p> <p>A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio da gestão de pessoas, de recursos materiais e tecnológicos, de sistemas de gestão da qualidade, de contratualização interna e externa, de gestão orçamental e de avaliação sistemática das melhores práticas.</p>	
Unidades de competência	Críticos de Avaliação
A3.1 — Gere recursos humanos	<p>A3.1.1 — Assume a aplicação das orientações institucionais.</p> <p>A3.1.2 — Controla a aplicação das orientações institucionais.</p> <p>A3.1.3 — Assegura a gestão dos recursos humanos disponíveis, otimizando a sua eficiência, eficácia e produtividade.</p> <p>A3.1.4 — Otimiza os recursos humanos existentes em função das competências.</p> <p>A3.1.5 — Zela pela existência de dotações seguras.</p> <p>A3.1.6 — Utiliza instrumentos de cálculo de necessidades de cuidados de enfermagem.</p> <p>A3.1.7 — Promove a coesão, o espírito de equipa e um bom ambiente de trabalho.</p> <p>A3.1.8 — Mantém a coesão, o espírito de equipa e um bom ambiente de trabalho.</p> <p>A3.1.9 — Desenvolve a coesão, o espírito de equipa e um bom ambiente de trabalho.</p> <p>A3.1.10 — Gere conflitos.</p>

Diário da República, 2.ª série — N.º 48 — 10 de março de 2015

5951

Unidades de competência	Crítérios de Avaliação
A3.2 — Gere recursos materiais e equipamentos	<p>A3.1.11 — Promove o empenhamento e a motivação do serviço/unidade e equipa (visão global).</p> <p>A3.1.12 — Promove o empoderamento do serviço/unidade e equipa.</p> <p>A3.1.13 — Cria as condições para um trabalho cooperativo de complementaridade funcional no seio do serviço/unidade e equipa.</p> <p>A3.1.14 — Mantém as condições para um trabalho cooperativo de complementaridade funcional no seio do serviço/unidade e equipa.</p> <p>A3.1.15 — Lidera a gestão dos membros da equipa de cuidados sob a sua responsabilidade promovendo a articulação funcional com o serviço/unidade e equipa de saúde.</p> <p>A3.1.16 — Coordena o processo de integração dos colaboradores.</p> <p>A3.1.17 — Elabora plano de integração dos diferentes colaboradores.</p> <p>A3.1.18 — Acompanha a equipa nas situações de crise.</p> <p>A3.1.19 — Garante a existência de mecanismos de comunicação na equipa.</p> <p>A3.1.20 — Gere o processo de reclamação do cliente e família, aceitando a mesma, analisando-a e apresentando proposta de resolução, no que se refere à prática clínica dos enfermeiros.</p> <p>A3.1.21 — Avalia a satisfação profissional dos enfermeiros.</p> <p>A3.2.1 — Assegura a gestão eficiente dos recursos materiais.</p> <p>A3.2.2 — Monitoriza o cumprimento dos procedimentos orientadores da utilização de equipamentos e materiais.</p> <p>A3.2.3 — Zela pela adequação dos equipamentos e recursos materiais às necessidades de cuidados.</p> <p>A3.2.4 — Participa na construção, remodelação e adequação dos espaços físicos de forma a garantir a sua funcionalidade.</p> <p>A3.2.5 — Elabora procedimentos orientadores da utilização de equipamentos e materiais.</p> <p>A3.2.6 — Analiza procedimentos orientadores da utilização de equipamentos e materiais.</p> <p>A3.2.7 — Conhece e utiliza os métodos de aprovisionamento e gestão de stocks.</p> <p>A3.2.8 — Participa na definição de critérios de qualidade dos materiais.</p> <p>A3.2.9 — Participa na gestão e controlo orçamental do serviço/unidade ou organização.</p> <p>A3.2.10 — Participa no processo de contratualização interna e externa.</p>

A4 — Garante o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera.

Descritivo:

Providencia oportunidades de formação contínua e desenvolvimento profissional e pessoal, fornece feedback construtivo, gere o desempenho profissional e controla o trabalho em equipa. Utiliza ferramentas de comunicação, advocacia, negociação, coaching, e supervisão. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio da governação clínica, inteligência emocional e formação.

Unidades de competência	Crítérios de Avaliação
A4.1 — Optimiza e promove o desenvolvimento de competências	<p>A4.1.1 — Promove a formação informal da equipa.</p> <p>A4.1.2 — Promove a formação formal da equipa.</p> <p>A4.1.3 — Efetua a avaliação do desempenho dos profissionais que gere.</p> <p>A4.1.4 — Incentiva a explicitação do processo de tomada de decisão clínica.</p> <p>A4.1.5 — Proporciona espaços de reflexão sobre as práticas de forma a promover o empenhamento da equipa na gestão das suas próprias competências.</p> <p>A4.1.6 — Promove a assessoria.</p> <p>A4.1.7 — Atua como formador na equipa multidisciplinar e multiprofissional.</p> <p>A4.1.8 — Promove estratégias de gestão participativa.</p>
A4.2 — Promove a formação e o desenvolvimento da prática de enfermagem.	<p>A4.2.1 — É uma referência para os clientes em diferentes situações do processo de cuidados.</p> <p>A4.2.2 — É uma referência para as famílias em diferentes situações do processo de cuidados.</p> <p>A4.2.3 — É uma referência para a equipa em diferentes situações do processo de cuidados.</p> <p>A4.2.4 — É uma referência para os estudantes em diferentes situações do processo de cuidados.</p> <p>A4.2.5 — Colabora na formação graduada em enfermagem.</p> <p>A4.2.6 — Colabora na formação pós-graduada em enfermagem.</p> <p>A4.2.7 — Participa na definição de prioridades formativas da organização.</p> <p>A4.2.8 — Participa na definição de prioridades de investigação da organização.</p> <p>A4.2.9 — Promove as condições para a implementação e consolidação do Modelo de Desenvolvimento Profissional.</p> <p>A4.2.10 — Garante a acreditação do serviço/unidade para efeitos de prática tutelada em enfermagem.</p> <p>A4.2.11 — Participa na implementação do modelo de desenvolvimento profissional em articulação com a O.E. e outras entidades.</p>

5952

Diário da República, 2.ª série — N.º 48 — 10 de março de 2015

A5 — Garante a prática profissional baseada na evidência.

Descritivo:

Promove a realização de estudos científicos para a qualidade e o valor dos cuidados oferecidos ao cliente. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio da investigação.

Unidades de competência	Crítérios de Avaliação
A5.1 — Promove a investigação e a enfermagem baseada na evidência.	A5.1.1 — Implica a equipa na inovação em projetos de investigação. A5.1.2 — Implica a equipa na utilização dos resultados da investigação produzida. A5.1.3 — Implica a equipa na divulgação dos resultados da investigação produzida.

ANEXO II

B — Domínio da assessoria de Gestão

B1 — Desempenha um papel pro-ativo na definição de políticas de saúde.

Descritivo:

A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio da liderança, marketing, gestão financeira, gestão de projetos, governação clínica e poder executivo, tendo como foco a intervenção política e assessoria.

Unidades de competência	Crítérios de Avaliação
B1.1 — Participa na definição e implementação de políticas	B1.1 — Colabora na definição das políticas de saúde. B1.2 — Participa na implementação de políticas de saúde. B1.3 — Identifica-se com o alinhamento organizacional, incorporando os conceitos organizacionais de missão e de visão. B1.4 — Elabora estudos de custo/benefício com base na evidência relativa a cuidados de saúde. B1.5 — Gere estratégias de marketing. B1.6 — Participa em redes de conhecimento. B1.7 — Participa na definição de sistemas de informação. B1.8 — Participa na implementação dos sistemas de informação. B1.9 — Participa em equipas de projeto. B1.10 — Participa na construção de indicadores. B1.11 — Participa na implementação de indicadores. B1.12 — Efetua avaliação de políticas de saúde. B1.13 — Utiliza instrumentos de gestão económico-financeira.
B1.2 — Desenvolve o planeamento estratégico	B1.2.1 — Elabora planos de intervenção e projetos setoriais. B1.2.2 — Compreende as implicações económicas dos processos desenvolvidos. B1.2.3 — Garante a cooperação intersectorial para a consecução de projetos/programas de intervenção. B1.2.4 — Participa em processos de contratualização interna e externa. B1.2.5 — Participa na conceção da construção e remodelação de unidades de saúde. B1.2.6 — Participa no planeamento da construção e remodelação de unidades de saúde. B1.2.7 — Conduz projetos no longo prazo.

Aprovado em Assembleia Geral de 12 de dezembro de 2014.

12 de dezembro de 2014. — O Bastanteiro, Germano Rodrigues Couto.

308424838

UNIVERSIDADE ABERTA

Despacho (extrato) n.º 2537/2015

Por despacho de 18 de fevereiro de 2015, do Rector da Universidade e durante a sua ausência em serviço oficial no estrangeiro, de 21 a 28 de fevereiro de 2015, ao abrigo do disposto no n.º 2 do artigo 37.º dos Estatutos da Universidade Aberta, homologados pelo Despacho Normativo n.º 65-B/2008, de 12 de dezembro, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 246, de 22 de dezembro de 2008, e em conformidade com o disposto nos artigos 33.º a 40.º do Código do Procedimento Administrativo, delega todos os poderes que a lei originariamente lhe confere para o exercício das suas funções, bem como as competências que lhe foram delegadas ou subdelegadas com a possibilidade de subdelegação, no Vice-Rector desta Universidade, Prof. Doutor Domingos José Alves Casiro.

20, fevereiro, 2015. — A Chefe da Divisão de Recursos Humanos,
Célia Maria Cruz Fonseca de Matos.

208454419

UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA LUÍS DE CAMÕES

Anúncio n.º 42/2015

De acordo com o disposto pelos artigos 75.º a 80.º do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, na redação que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 115/2013, de 7 de agosto, da Deliberação n.º 2392/2013, de 12 de novembro, da Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior, a CEU — Cooperativa de Ensino Universitário, CRL, vem publicar a alteração ao plano de estudos do curso de licenciatura em Relações Internacionais depois de acreditado pelo Conselho de Administração da Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior na sua reunião de 05 de novembro de 2014 e registado na Direção-Geral do Ensino Superior com o n.º R/A-Ef1138/2011/AL01 com data de 06 de fevereiro de 2015. O anterior plano de estudos foi publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 103, de 29 de maio de 2007.

ANEXO II - QUESTIONÁRIO UTILIZADO

QUESTIONÁRIO DIRIGIDO AOS ENFERMEIROS CHEFES E LÍDERES NA REGIÃO AUTONOMA DOS AÇORES

Código _____

O acompanhamento do exercício profissional nos serviços é da responsabilidade dos enfermeiros que gerem as unidades, recordamos que a Ordem dos Enfermeiros expressa que *nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde* (OE, 2001, p. 4).

Este questionário destina-se a identificar: A perceção dos enfermeiros gestores e líderes relativamente às suas atividades e as estratégias que os enfermeiros chefes e líderes de serviço utilizam na sua gestão.

Asseguramos que o conteúdo das respostas ao questionário terá um caráter confidencial.

Considerando o conhecimento que tem dos recursos humanos que gere, pedimos que exprima a sua perceção sobre as suas atividades e as estratégias de gestão e liderança, no exercício da gestão de serviço a partir dos padrões de qualidade.

GRUPO I

1 – Natureza da Instituição: Hospital ☐ Unidade de Saúde ☐ Pública ☐ Privada ☐

1.2 – Área da atuação: Gestão de Topo / Acessória ☐ Gestão de Serviços ou Unidades ☐

2 – Perfil sociodemográfico:

2.1 – Género: feminino ☐ Masculino ☐

2.2 – Idade: _____ (Anos completos em 31/12/2018) _____

2.3 – Anos de exercício profissional: _____

2.4 – Anos de exercício na área da gestão: _____

2.5 – Anos no atual serviço: _____

2.6 – Com Especialidade ☐ Sem Especialidade ☐

Área de especialidade: _____

2.7 – Outros graus académicos:

Pós-Graduação:

Mestrado:

Outros:

QUESTIONÁRIO DIRIGIDO AOS ENFERMEIROS CHEFES E LÍDERES NA REGIÃO AUTONOMA DOS AÇORES

GRUPO II

Enquanto gestor e líder, perceçione as suas atividades de gestão e liderança.

(Adaptado: Escala de Perceção do Trabalho do Gestor em Enfermagem (EPTGE)
Autores: MARTINS, MM; GONÇALVES, MN.)

Pedimos que exprima a sua opinião face às seguintes afirmações:

Numa escala de 1 a 4, considere:

1- Nunca; 2- Poucas vezes; 3- Às vezes; 4- Sempre

Agradecemos a sua colaboração neste estudo!

3 – Considere a sua atividade de enfermeiro gestor e assinale as suas opiniões:

3.1- Prática Profissional, Ética e Legal	1	2	3	4
Preocupa-se com os valores dos enfermeiros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupa-se com os valores dos doentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discute questões éticas relacionadas com os cuidados com a sua equipe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Controla o respeito pela privacidade e individualidade do doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garante condições legais para os cuidados e exercício profissional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.2 - Gestão de Cuidados	1	2	3	4
Discute com os enfermeiros decisões sobre cuidados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promove a tomada de decisão clínica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acompanha a execução de cuidados de forma planeada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prevê e assegura os meios e recursos necessários à prestação de cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discute riscos dos doentes face aos cuidados e condições do serviço.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toma decisões de forma a garantir os melhores cuidados para os doentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garante dotações seguras de acordo com os padrões de qualidade da profissão.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Analisa e avalia a qualidade dos cuidados e implementa medidas corretivas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orienta cuidados de maior complexidade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desenvolve planos de melhoria contínua da qualidade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elabora, aplica, avalia e atualiza procedimentos orientadores da utilização de equipamento e material.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contribui para o desenvolvimento das boas práticas, através da utilização adequada dos recursos materiais existentes na unidade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garante ambientes seguros, identificando, gerindo riscos e introduzindo medidas corretivas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

QUESTIONÁRIO DIRIGIDO AOS ENFERMEIROS CHEFES E LÍDERES NA REGIÃO AUTONOMA DOS AÇORES

Gere as situações clínicas graves, tanto quanto aos doentes e famílias como quanto à equipa. ☐ ☐ ☐ ☐

3.3 – Gestão de Recursos Humanos

	1	2	3	4
Promove reuniões com os enfermeiros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assiste à passagem de turno.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avalia o desempenho dos enfermeiros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coordena o processo de integração dos colaboradores e assume um papel de referência.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calcula as necessidades de enfermeiros de acordo com as condições dos serviços.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Afeta os enfermeiros segundo a intensidade e complexidade dos cuidados, através de metodologias que permitam calcular, em antecipação, o número de horas de cuidados necessários.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cria, mantém e desenvolve a coesão, o espírito de equipa e um ambiente de trabalho, gerindo conflitos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Distribui os enfermeiros de acordo com as necessidades dos doentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promove o empenhamento e a motivação da equipa (visão global).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garante mecanismos de comunicação formal da equipa e de outros colaboradores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assegura a planificação, a organização, a coordenação e a avaliação da qualidade dos serviços de apoio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atua como formador na equipa multi e intra disciplinar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promove e avalia a satisfação profissional dos enfermeiros e de outros colaboradores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cria e mantém as condições para um trabalho cooperativo no seio da equipa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.4 – Intervenção Política e Assessoria

	1	2	3	4
Participa na definição e implementação de políticas de saúde do hospital.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Participa no planeamento estratégico do serviço.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elabora relatórios de serviço.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Concebe e operacionaliza projetos no serviço, implica-se e implica a equipa no desenvolvimento e na implementação de projetos organizacionais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adapta os recursos materiais às necessidades, tendo em conta a relação custo-benefício.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Participa em grupos de trabalho e comissões na área da gestão de risco clínico e não clínico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.5 – Desenvolvimento Profissional

	1	2	3	4
Promove a enfermagem baseada na evidência.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promove a formação formal e informal da equipa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estimula os enfermeiros à autoformação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proporciona espaços de reflexão sobre as práticas de forma a promover o empenhamento da equipa na gestão das suas próprias competências	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Muito obrigada.

ANEXO III - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DE UMA DAS INSTIUIÇÕES



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE
DIREÇÃO REGIONAL DA SAÚDE
UNIDADE DE SAÚDE DA ILHA TERCEIRA
COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER 05/2018

A Comissão de Ética para a Saúde da Unidade de Saúde da Ilha Terceira (CES da USIT), reuniu extraordinariamente em treze de Dezembro de dois mil e dezoito, para apreciação de um projeto de investigação denominado “Práticas de Liderança em Enfermagem na Região Autónoma dos Açores: Self Dos Enfermeiros Gestores”, efetuado pela enfermeira Marlene Moraes Ribeiro, mestranda na Escola Superior de Enfermagem do Porto, com orientação da Professora Doutora Maria Manuela Martins.

Por unanimidade dos presentes na reunião, a CES da USIT decidiu pronunciar-se no seguinte sentido: não se vê inconveniente na realização do projeto de investigação acima referido pelo que o mesmo pode ser levado a efeito caso a Administração da USIT o venha a autorizar. Deve-se chamar a atenção da investigadora para necessidade de ser observado tudo o que se encontre estabelecido no Regulamento Geral de Proteção de Dados.

Angra do Heroísmo, 13 de Dezembro de 2018

A Comissão de Ética da Unidade de Saúde da Ilha Terceira

